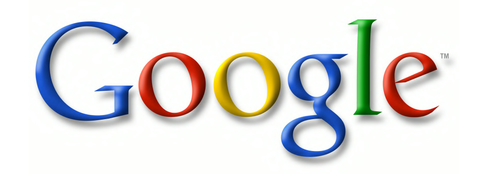
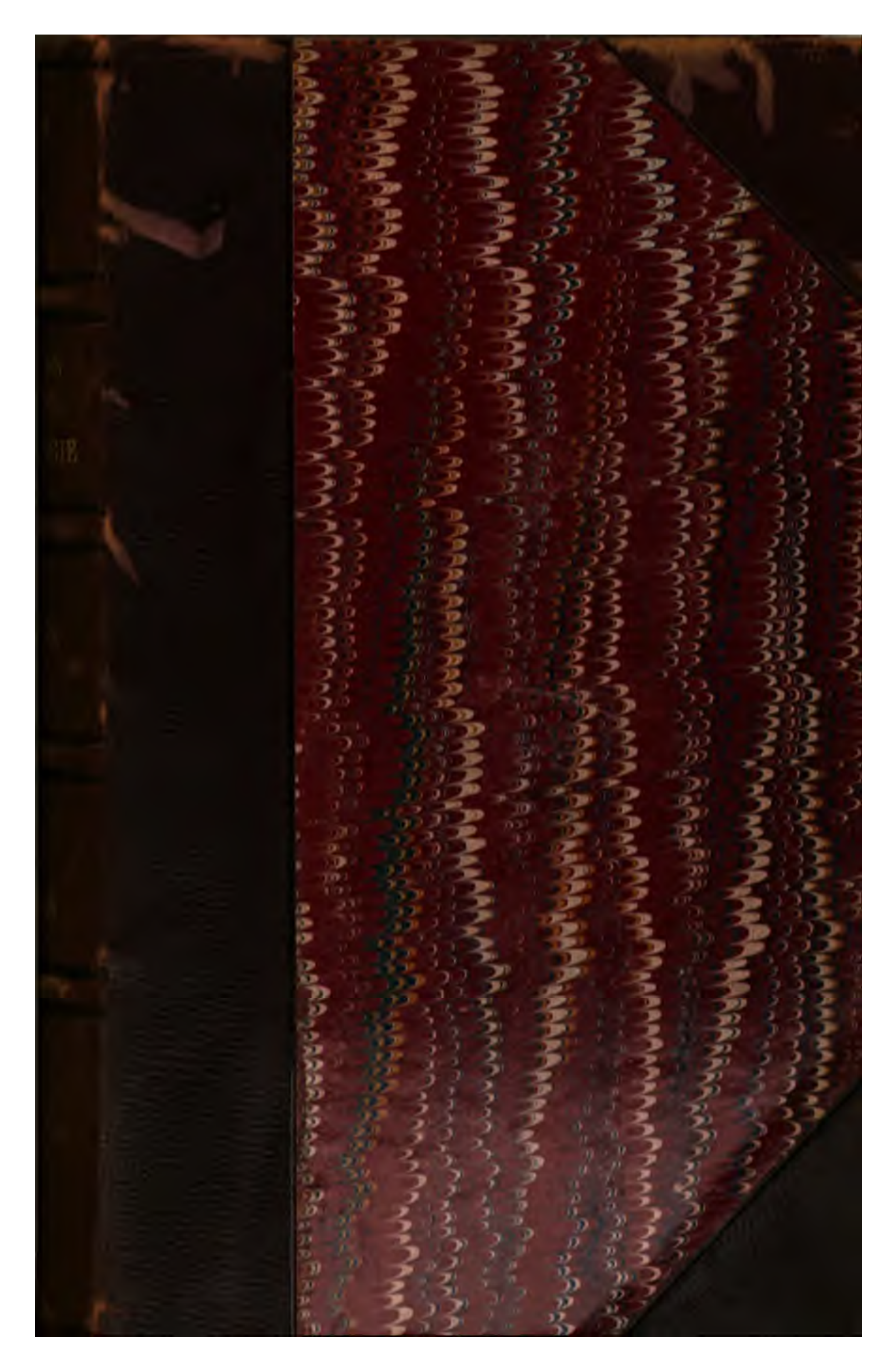




ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY	V. MAGNAN	F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.	Membre de l'Académie de médecine Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).	Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

Deuxième série, tome V. — 1898.

Avec 7 figures dans le texte et 3 planches.

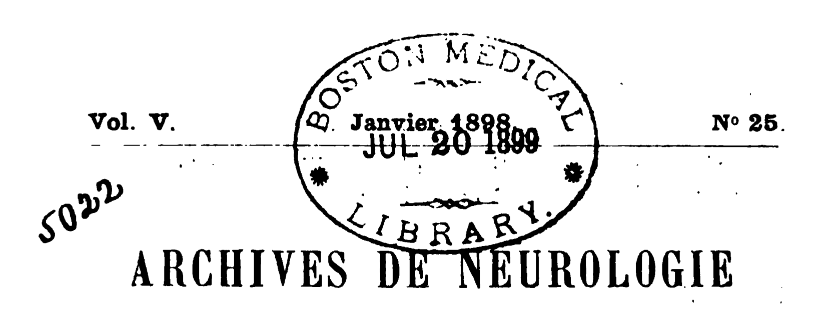
PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1898

Vol. V. Janvier 1898. N° 25.



ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

ESSAI DE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LA SYPHILIS ARTÉRIELLE, LA SYPHILIS MÉNINGÉE ET LA SYPHILIS GOMMEUSE DE L'ENCÉPHALE;

PAR LES DOCTEURS

J. TEISSIER, Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

ET

JOANNY ROUX, Ex-interne des hôpitaux de Lyon.

La syphilis peut frapper l'encéphale de façons très diverses. Elle porte son action tantôt sur les enveloppes : boite cranienne et méninges ; tantôt sur la substance cérébrale elle-même ; tantôt enfin sur ses vaisseaux. Sur les os elle produit des gommes, des caries, des exostoses ; sur les méninges des gommes et de l'infiltration gommeuse, des lésions inflammatoires banales et de la sclérose ; dans la substance cérébrale encore des gommes, de l'infiltration gommeuse diffuse, de l'encéphalite et de la sclérose, sans compter les lésions para-syphilitiques. Les vaisseaux, enfin, peuvent être simplement comprimés par une lésion de voisinage, ou bien présenter de l'endartérite, de la périartérite, de l'infiltration diffuse de leur paroi, des gommes circonscrites miliaires ; enfin consécutivement des thromboses, des dilatations anévrismales, des ruptures, etc. Et cependant, malgré la diversité de ces lésions, les symptômes sont toujours sensiblement les mêmes, beaucoup plus sous la dépendance de la localisation que de la nature des désordres anatomiques.

La richesse symptomatique de la syphilis cérébrale est très grande; on s'est ingénié à la dépister dans ses moindres manifestations et à la distinguer des autres affections cérébrales. Cette étude est bien faite partout; nous ne la recommencerons pas. Ce que l'on ne trouve nulle part, au contraire, c'est la description de types cliniques superposables aux variétés anatomiques. Pour beaucoup d'auteurs même, la création de ces types cliniques serait impossible : chacun des symptômes de la syphilis cérébrale se rencontrant indifféremment, quelle que soit la nature de la lésion (gomme, lésions méningées, syphilis artérielle, etc.). « Quels que soient, dit Mauriac [1], le siège primitif des lésions encéphaliques *et le mode suivant lequel elles se produisent*, la symptomatologie, le pronostic et le traitement ne présentent que des différences souvent insensibles. »

Tel n'est pas absolument notre avis; nous croyons qu'on peut arriver quelquefois au *diagnostic de la variété anatomique de la lésion*. Et cela n'a pas seulement une importance théorique : le pronostic de la syphilis méningée est différent de celui de la syphilis artérielle, et surtout de la gomme intra-cérébrale ; le traitement lui-même pourra être influencé; la trépanation, justifiée pour une gomme, serait parfaitement inutile dans la syphilis des artères. Sans doute ce diagnostic est extrêmement délicat ; il sera souvent rendu impossible par ce fait que les différentes lésions se combinent fréquemment entre elles. Mais ne s'appliquerait-il qu'à quelques cas, son utilité n'en serait pas moins incontestable.

Nous avons pu observer longuement et minutieusement trois cas de syphilis cérébrale dans lesquels la vérification nécropsique ou chirurgicale nous a montré trois lésions différentes et assez pures : gomme intra-cérébrale dans le premier cas, syphilis méningée dans le second, syphilis artérielle dans le troisième. C'est avec ces trois observations, en nous aidant des cas semblables recueillis dans la littérature, que nous essaierons d'établir les bases d'un diagnostic différentiel entre ces trois variétés de lésions syphilitiques de l'encéphale.

[1] Mauriac. — *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*, p. 862.

CHAPITRE PREMIER

De la syphilis artérielle.

De toutes les formes de syphilis cérébrale, celle qui frappe les artères est certainement la mieux connue au point de vue symptomatique. Très souvent observée, pure, sans mélange d'autres lésions, elle a attiré l'attention des cliniciens qui se sont efforcés de lui créer un tableau clinique spécial. La littérature est assez riche à cet égard, et nous lui ferons de nombreux emprunts.

La syphilis artérielle ne possède cependant aucun symptôme pathognomonique ; tous ceux qu'elle présente peuvent aussi se montrer dans les autres formes de syphilis cérébrale, et réciproquement. L'édification d'un tableau clinique spécial doit donc se baser : 1° sur l'analyse de chacun des symptômes et des caractères qu'il présente dans la syphilis artérielle ; 2° sur l'évolution de ces symptômes; 3° sur leur groupement.

Nous n'aurons en vue ici que les lésions artérielles *primitives* et nettement *syphilitiques ;* nous laisserons de côté la compression des vaisseaux par une néoplasie syphilitique, et aussi l'artério-sclérose vulgaire, dans l'étiologie de laquelle la syphilis joue un rôle banal.

1. *Caractères généraux et particuliers des symptômes de la syphilis artérielle de l'encéphale.* — Le caractère le plus général est le suivant : dans la syphilis des artères cérébrales comme dans presque toutes les affections encéphaliques, il y a un mélange de *phénomènes de déficit* et de *phénomènes irritatifs*; mais *les premiers dominent la scène, les seconds sont réduits au minimum.* La raison en est facile à comprendre : en effet, en dehors des cas d'anévrismes et de ruptures artérielles que nous étudierons à part, la syphilis des artères agit presque uniquement en ischémiant ou anémiant la substance cérébrale, c'est-à-dire en supprimant fonctionnellement ou organiquement un territoire plus ou moins étendu. L'action irritative est minime. Nous allons retrouver ce caractère dans l'analyse des troubles de la motilité, de la sensibilité, de l'intelligence.

A. *Troubles moteurs.* — Ce que l'on observe de beaucoup le plus souvent c'est la *paralysie flasque* avec abolition des réflexes. Elle peut affecter la forme d'une hémiplégie complète, mais le plus fréquemment on a une *monoplégie* affectant soit tout un membre, soit une partie seulement. Ces monoplégies très limitées, avec flaccidité complète, lorsqu'elles surviennent et évoluent de la manière que nous indique rons plus loin, chez un sujet non hystérique et paraissant en pleine santé, sont presque caractéristiques de la syphilis des artères.

Rarement on observe des paralysies spasmodiques, avec raideurs, contractures, exagération des réflexes. En dehors du ramollissement ancien par thrombose et avec dégénérescence du faisceau pyramidal, ces phénomènes irritatifs devront faire songer à une autre forme de syphilis, surtout à a syphilis méningée, ou bien à des manifestations médullaires concomitantes comme dans le cas que nous rapportons plus loin.

L'épilepsie partielle se voit dans la syphilis des artères comme dans les autres formes; mais elle est *plus rare* et surtout *moins localisée*; le plus souvent hémiplégique ou généralisée, elle est rarement monoplégique comme dans les autres formes. Le plus souvent, d'autre part, on peut découvrir une cause, tout au moins occasionnelle, autre que la syphilis. Cette cause secondaire est habituellement une intoxication, soit médication intempestive, soit écart de régime, soit surmenage, soit enfin auto-intoxication rénale. comme dans le cas rapporté plus loin.

L'épilepsie de la syphilis artérielle semble donc relever de la combinaison de deux facteurs : l'ischémie artérielle, d'une part, une intoxication quelconque, d'autre part.

Les autres phénomènes irritatifs, tels que tremblements, mouvements choréiques, rares il est vrai aussi dans les autres formes, sont absolument exceptionnels dans celle-ci.

B. *Troubles de la sensibilité.* — La *céphalalgie* existe là comme dans les autres formes; cependant *elle fait défaut beaucoup plus souvent* que dans la gomme ou la syphilis méningée. En outre elle est *plus diffuse*, affecte généralement tout un côté de la tête; *n'est réveillée ni par la pression ni par la percussion* du crâne.

La céphalalgie, dit Thibierge [1], doit faire songer à l'artérite, surtout lorsqu'elle « a un caractère de profondeur et une dissémination à toute une moitié de la tête que l'on n'est pas habitué à rencontrer dans la méningite syphilitique ou dans les gommes ».

Il existe assez souvent des troubles subjectifs de la sensibilité générale : engourdissements, fourmillements, etc. Mais ces troubles sont *très passagers*, souvent précurseurs de la paralysie. Ils relèvent de l'irritation corticale par ischémie.

Les troubles objectifs de la sensibilité n'appartiennent pas au tableau de la syphilis artérielle ; à part, bien entendu, le cas exceptionnel de destruction de la partie postérieure de la capsule interne, par un ramollissement ou une hémorragie d'origine spécifique.

On observe rarement des troubles des sensibilités spéciales. La vue est habituellement intacte : nous accordons une très grande importance *à l'absence de phénomènes du côté de la pupille;* la staungs-papille et la névrite optique qui sont habituelles dans la syphilis méningée et gommeuse, sont rares dans la syphilis des artères. Cependant elles ont été signalées quelquefois (Uthoff); leur absence est une présomption en faveur de la syphilis artérielle, mais leur présence ne doit pas faire rejeter ce diagnostic. Dans quelques cas on a pu, à l'ophtalmoscope, diagnostiquer des lésions syphilitiques des artères de la rétine : c'est là un signe trop rare pour qu'on puisse compter sur lui.

Les paralysies oculaires sont très rares ; elles n'existent guère [2] que dans les cas de compression d'un nerf par une artère dilatée comme dans le cas rapporté plus loin. Loin d'aider au diagnostic elles ne peuvent guère qu'induire en erreur en faisant songer à une méningite de la base. Il faudra penser à la possibilité de la compression par un anévrisme lorsque les symptômes concomitants seront ceux de la syphilis artérielle plutôt que de la syphilis méningée. Il n'y a jamais d'hallucinations chez les sujets n'ayant pas de tares nerveuses. On observe très rarement des troubles de l'ouïe ou de l'odorat.

[1] Thibierge. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1889.

[2] En dehors bien entendu des paralysies précoces passagères, spontanément curables, qui surviennent sans autre symptôme cérébral et paraissent dues à l'action directe du virus syphilitique sur les nerfs.

C. *Troubles [illegible].* — La [illegible] que ces phénomènes [illegible]. C'est le plus souvent un [illegible]sement progressif [illegible]. La mémoire [illegible] progressivement, le travail intellectuel devient de plus en plus [illegible] ses affaires, devient indifférent à tout ce qui l'entoure [illegible] et apathique, marchant peu à peu vers la [illegible]. Très rarement il y a [illegible] plus souvent être mise sur le compte de la [illegible]. Nous avons [illegible].

Les troubles du langage [illegible] dans la syphilis artérielle. Toutes les modalités [illegible] peuvent être observées, surtout l'aphasie motrice. Mais c'est l'évolution de ces troubles qui est surtout caractéristique. Nous y reviendrons.

Tels sont les éléments de diagnostic qui nous sont fournis par l'analyse des symptômes ; l'étude de leur évolution et de leurs groupements symptomatiques va nous en apporter d'autres plus précis.

II. *Évolution et groupements symptomatiques de la syphilis artérielle de l'encéphale.* — On peut distinguer dans [illegible] de la syphilis des artères cérébrales deux périodes assez [illegible] : l'une pendant laquelle les éléments nerveux sont simplement atteints dans leur fonctionnement, sans lésions anatomiques irrémédiables ; l'autre caractérisée par des lésions qui ne peuvent plus rétrocéder. Nous décrirons successivement : 1° la période des accidents curables ; 2° la période des accidents incurables.

1° *Période des accidents curables.* — On peut dès cette période accepter la division proposée par Dieulafoy[1], en *artérites oblitérantes* et *artérites ectasiantes*, la symptomatologie de ces dernières différant de celle des premières par l'adjonction des phénomènes de compression dus aux dilatations anévrismales.

2° *Artérites oblitérantes.* — Leur mode d'action est l'ischémie ; la substance cérébrale reçoit moins de sang que normalement ; elle est en imminence morbide, et incapable d'un excès de travail. Tant qu'elle n'est soumise qu'à un

[1] Dieulafoy. — *Des artérites cérébrales syphilitiques* (*Gaz. hebdomadaire*, 1892, p. 579).

exercice modéré, elle suffit à sa tâche : vienne un surmenage quelconque elle fléchit, et c'est, suivant le cas, une paralysie, des phénomènes aphasiques ou un léger trouble intellectuel. Ces phénomènes sont au cerveau ce que la claudication intermittente est aux membres inférieurs dans le rétrécissement de l'aorte abdominale, ce que l'angine de poitrine coronarienne est au cœur ; c'est en somme une méiopragie cérébrale, une claudication intermittente du cerveau. Une intoxication même légère, le plus souvent une auto-intoxication, quelle que soit son origine, peut produire le même effet. Son action serait nulle sur un cerveau normal, elle peut suffire à éteindre l'activité d'un cerveau ischémié, ou bien dans d'autres cas, beaucoup plus rares, déterminer comme nous l'avons déjà dit une décharge nerveuse, un ictus épileptiforme. Il est rare, dans la période de début de la syphilis artérielle, que l'on ne trouve pas l'une de ces deux causes : le surmenage, ou l'intoxication. A cette période de début se rattache trois formes symptomatiques.

A. *Forme paralytique.* — Le plus souvent il s'agit d'une monoplégie, quelquefois très limitée, comme dans le cas que nous rapportons plus loin. Elle survient brusquement, en pleine santé, sans être annoncée par aucun prodrome, sans être accompagnée d'aucun autre symptôme qu'un peu d'engourdissement de la région paralysée. La paralysie est limitée, mais elle est le plus souvent complète d'emblée pour les muscles atteints. C'est une grande surprise pour le malade de voir, tout d'un coup, sa main retomber inerte, sa jambe fléchir ou sa face se dévier. La paralysie dure un, deux, trois jours, puis rétrocède même sans traitement, simplement par le repos. Mais c'est là un avertissement grave, et si le malade n'en fait son profit, des accidents sérieux ne tarderont pas à survenir. Cependant une longue période de santé en apparence parfaite peut suivre ; plusieurs avertissements du même genre peuvent se succéder avant l'apparition des lésions irrémédiables. Cette forme a été magistralement décrite par Fournier dans son traité de la syphilis cérébrale.

D'autres fois, mais plus rarement, on a une hémiplégie complète, présentant les mêmes caractères, la même évolution rapide. Mais le fait est plus rare et on devra toujours redouter dans ce cas des lésions irrémédiables de ramollissement.

Cette hémiplégie peut même débuter par un ictus apoplec-

tiforme et cependant être encore due à des phénomènes ischémiques aidés soit du surmenage, soit d'une intoxication. Cette hémiplégie curable succédant à un ictus est encore plus rare et devra toujours imposer des réserves au point de vue du pronostic. Tous ces accidents paralytiques présentent les caractères que nous indiquions au début : flaccidité, abolition des réflexes, absence de troubles objectifs de la sensibilité.

B. *Forme aphasique.* — Elle est en tous points comparable à la précédente, à laquelle elle s'unit d'ailleurs très souvent. Toutes les modalités du langage peuvent être atteintes, soit simultanément, soit séparément. Contrairement à ce qui s'observe dans les lésions organiques, il n'est pas très rare d'observer une forme d'aphasie pure, surtout de l'aphasie motrice, sans trace d'aphasie sensorielle, sans troubles de l'écriture. Cette aphasie peut être complète, mais elle est transitoire, de durée très courte, souvent de quelques heures seulement. Il n'est pas rare de la voir succéder à un certain degré de surmenage du centre atteint : on voit par exemple la cécité verbale succéder à une lecture prolongée.

Souvent combinée à des phénomènes parétiques du côté de la face ou du membre supérieur droit, on peut aussi la voir s'allier à la forme suivante.

Cette aphasie transitoire, intermittente, a été décrite pour la première fois par Mauriac [1], et après lui par un grand nombre d'auteurs. Mais Mauriac a eu tort, croyons-nous, d'attribuer l'aphasie et l'hémiplégie intermittente à l'infiltration gommeuse méningée avec congestion de voisinage.

C. *Forme intellectuelle.* — Elle est extrêmement difficile à dépister : elle conduit rarement le malade à consulter un médecin; et celui-ci le plus souvent ne la reconstitue qu'à l'aide de l'interrogatoire du malade, lorsqu'il a été appelé pour des accidents plus sérieux.

Objectivement en effet elle se traduit par très peu de chose : l'entourage du malade a simplement remarqué qu'il devenait triste, ne s'occupait plus de ses affaires avec le même soin, oubliait souvent des choses très importantes.

Subjectivement le trouble est plus appréciable ; le malade s'est aperçu de la diminution de sa mémoire, tout effort

[1] Mauriac. — *Gaz. hebd.*, 1876, n° 5. *Leçons sur l'aphasie syphil.* (*Gaz. hebd.*, 1877, n° 6). *Traité de la syphilis*, 1890.

intellectuel le fatigue, il comprend moins facilement, se décide aussi moins facilement à l'action ; tout le lasse et l'ennuie. Nulle idée délirante d'ailleurs chez les sujets non prédisposés.

2° *Artérites ectasiantes.* — Toutes les formes précédentes peuvent s'observer : à cette période du moins les artérites ectasiantes comme les oblitérantes agissent surtout par l'ischémie cérébrale. Elles se distinguent simplement par l'adjonction de symptômes de compression dus aux anévrismes. Cette compression peut porter sur l'encéphale lui-même, mais surtout sur les nerfs craniens. Nous rapportons plus loin un exemple de paralysie de la sixième paire produite par un anévrisme de l'artère cérébelleuse inférieure. La troisième paire, par son voisinage de l'artère cérébrale postérieure, paraît tout particulièrement exposée à cet accident. On a vu une compression du chiasma, sur son angle latéral, par une dilatation de la carotide interne. Dans un cas de Knapp[1] il y avait une dilatation bilatérale des artères cérébrales antérieures, et une hémianopsie bilatérale nasale. Tous ces faits, loin de servir au diagnostic, ne peuvent que l'égarer en faisant songer à une méningite de la base. Les anévrismes des artères cérébrales ont été bien décrits par Spillmann[2].

Pour compléter cette symptomatologie de la période de début, nous dirons qu'on a voulu rattacher à la syphilis cérébrale certains cas de *migraine ophtalmique* ; que souvent on peut dès cette période voir des *paralysies oculaires*, dues probablement à l'action du virus syphilitique sur le neurone moteur périphérique. Dès cette période aussi on peut noter des *troubles de la nutrition* : amaigrissement, perte des forces, etc., prélude de cette cachexie cérébrale particulière qui emporte souvent les syphilitiques.

La *fièvre* n'est pas non plus exceptionnelle à cette période, mais nous ne sommes pas encore bien fixés sur sa valeur diagnostique entre la syphilis artérielle et la syphilis méningée ; nous y reviendrons à propos de cette dernière.

Ce sont là des faits qu'il faut connaître, mais qui ne sont pas assez importants pour justifier la création d'un type clinique.

[1] Knapp (de New-York). — *Arch. of isc. and pract. med.*, n° 4, 1873. La lésion, il est vrai, dans ce dernier cas, n'était peut-être pas syphilitique.

[2] Spillmann. — *Ann. de dermatol. et syphil.*, 1886.

II. *Période de [illegible]*. — Il ne s'agit plus d'ischémie, les lésions sont plus graves : l'oblitération artérielle s'est complétée par la formation d'un thrombus et a produit un ramollissement de la substance cérébrale. Ou bien les parois infiltrées de l'artère ont cédé à la pression sanguine, se sont déchirées avec ou sans dilatation anévrysmale antérieure.

Il ne peut être question de décrire ici tous les *ramollissements d'origine syphilitique*. Leurs symptômes dépendent surtout de leur localisation, et celle-ci peut être très variée. La thrombose, en effet, non seulement peut atteindre tous les gros troncs de la base, mais elle peut aussi se localiser sur les artérioles intra-cérébrales et donner des ramollissements très limités dans tous les points de la substance cérébrale. Le diagnostic de la cause se basera surtout sur l'étude des antécédents, la connaissance des accidents antérieurs, la recherche des manifestations actuelles, l'absence d'autres causes d'oblitération vasculaire. Le diagnostic de la syphilis une fois posé, l'absence de tout phénomène irritatif fera rejeter l'hypothèse de gomme ou méningite. Il n'y a donc pas lieu de décrire avec Charrier et Klippel[1] la *forme paralytique incurable* par thrombose. Il suffit de dire que le ramollissement cérébral avec toutes ses localisations peut reconnaître pour cause la syphilis des artères.

Nous dirons la même chose de l'*hémorragie cérébrale* : très rare d'ailleurs, elle n'offre pas de symptômes spéciaux lorsqu'elle reconnaît pour cause la syphilis. Une seule forme symptomatique mérite une description spéciale, c'est la *forme apoplectique et mortelle*.

Elle reconnaît un double mécanisme, soit l'oblitération brusque, soit la rupture d'un gros tronc de la base. Dans le premier cas il y a anémie brusque d'une grande partie de l'encéphale, dans le second il y a irruption du sang dans les espaces sous-arachnoïdiens et dans la cavité arachnoïdienne. Les observations de thrombose sont assez fréquentes. Letulle[2] a rapporté récemment un cas de syphilis artérielle par thrombose de la carotide interne à sa bifurcation. Dans le même article il rapporte aussi un cas mortel par rupture de la sylvienne gauche à son émergence. Ces cas de rupture ne

[1] Charrier et Klippel. — *Revue de méd.*, 1894, p. 771.

[2] Letulle. — *Presse médicale*, 1896, p. 605.

sont pas exceptionnels (Spillmann, Lanceraux, Brault, Muller, Blachez, Dieulafoy, etc.). La rupture ne porte pas toujours sur un anévrisme. « Les lésions permettant une pareille rupture de la paroi artérielle, qu'il s'agisse de la carotide, de la sylvienne ou d'une cérébrale, sont toujours identiques. La totalité des membranes est le siège d'une inflammation nodulaire, diffuse, térébrante, si l'on peut dire ainsi, en ce sens que sur une hauteur déterminée toutes les couches du vaisseau se sont transformées en un maigre tissu de granulations ; fibres élastiques et cellules musculaires des membranes extérieures, couche lamellaire de la membrane interne, tout est dissocié, désagrégé par les éléments lymphatiques et les cellules proliférées. » (Letulle[1].)

La *symptomatologie* de cette forme *apoplectique et mortelle* est très restreinte : coma brusque aboutissant à la mort en quelques jours, souvent en quelques heures. Il est le plus souvent impossible de dire si l'on a affaire à une thrombose ou à une hémorragie : la première parait un peu moins soudaine, s'accompagne le plus souvent d'hémiplégie ; la seconde est toujours très brusque, s'accompagne rarement d'hémiplégie, assez souvent de phénomènes convulsifs, quelquefois de symptômes bulbaires (compression).

La ponction lombaire pourra peut-être servir au diagnostic. Déjà Quincke, en 1894, admettait « que ce sera là un puissant élément de diagnostic pour les cas dans lesquels spontanément ou après un traumatisme, se manifesteraient brusquement les symptômes connus del'excès de pression intracranienne ». Dans un cas d'hémorragie ventriculaire, la ponction lui donna 26 centimètres cubes d'un liquide sanglant contenant de nombreux globules rouges.

Dans un cas analogue, Furbringer fit la ponction après la mort et retira du sang presque pur. Dans un cas d'hémorragie bulbaire et cérébelleuse, la ponction faite pendant la vie lui donna également du sang presque pur. Freyau, dans deux cas d'hématomes sub-dure-mériens, trouva le liquide céphalo-rachidien coloré en rouge.

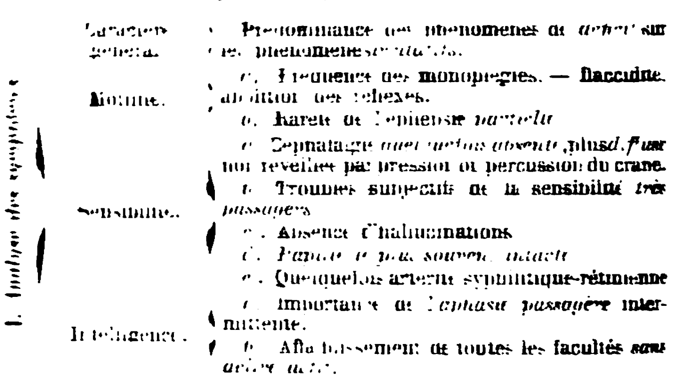
Il est donc probable qu'on obtiendrait aussi des résultats positifs dans la rupture d'une artère syphilitique. Cette intervention est d'ailleurs justifiée puisque l'inondation sanguine produit un excès de pression considérable.

[1] *Loc. cit.*, p. 607.

Charcot et Klippel[1] décrivent de plus une *forme intellectuelle* présentant beaucoup de symptômes de la paralysie générale, mais dont la nature syphilitique se révèle non seulement, comme dans les trois autres formes, par les prodromes, mais aussi parce que, outre les signes de paralysie générale, il y a certains symptômes d'endartérite localisée, tels que la monoplégie, le ptosis, l'aphasie transitoire, etc. »

Il est probable que ces symptômes de paralysie générale ne relèvent pas directement des lésions artérielles, mais plutôt des lésions interstitielles bien décrites par Raymond[2]. Les troubles intellectuels que nous avons décrits plus haut dès la première période, évoluent souvent vers la démence d'une façon progressive sans présenter le masque de la paralysie générale. Souvent aussi cette évolution est arrêtée avant la démence terminale par des accidents plus graves qui emportent le malade. Les cas bien connus où la syphilis cérébrale prend le masque de la paralysie générale ne nous ont pas paru se rattacher à la syphilis des artères plutôt qu'aux autres formes ; le plus souvent il s'agit au point de vue anatomique des formes mixtes.

Tels sont les symptômes qui peuvent quelquefois servir à distinguer la forme artérielle des autres variétés de syphilis cérébrale. Nous avons cru bon de les réunir dans un tableau synoptique qu'on comparera utilement à un tableau analogue que nous donnerons plus loin pour la syphilis méningée.



I. Analyse des symptômes.

Caractère général.		Prédominance des phénomènes de *déficit* sur les phénomènes *d'excitation*.
Motilité.	*a*.	Fréquence des monoplégies. — Flaccidité, abolition des réflexes.
	b.	Rareté de l'épilepsie *partielle*.
Sensibilité.	*a*.	Céphalalgie *quelquefois absente*, plus diffuse, non réveillée par pression ou percussion du crâne.
	b.	Troubles subjectifs de la sensibilité *très passagers*.
	c.	Absence d'hallucinations.
	d.	*Papille le plus souvent intacte*.
	e.	Quelquefois artérite syphilitique-rétinienne.
Intelligence.	*a*.	Importance de l'*aphasie passagère* intermittente.
	b.	Affaiblissement de toutes les facultés *sans délire actif*.

[1] Charcot et Klippel. — *Loc. cit.*, p. 582.

[2] Raymond. — *Contribution à l'étude de la syphilis des centres nerveux* (*Arch. de neurologie*, 1894, p. 1).

II. *Évolution et groupements symptomatiques.*	I. Période des accidents curables	1° Artérites oblitérantes	1° Forme paralytique; 2° Forme aphasique; 3° Forme intellectuelle.	
		2° Artérites ectasiantes.	Formes précédentes avec de plus des signes de compression par anévrismes.	
	II. Période des accidents incurables.	Forme apoplectique	avec survie	1° Ramollissement cérébral. 2° Hémorrhagie cérébrale.
			mortelle	1° Thrombose, 2° Rupture — de l'une des artères de la bas

Nous allons maintenant rapporter une observation de syphilis artérielle et appliquer à son interprétation les données que nous venons d'établir.

Observation I. — Sommaire : *Syphilis de date inconnue. Paralysie périphérique de la sixième paire gauche, du facial inférieur gauche (type cérébral). Monoplégie de la main droite. Pas d'aphasie, simple dysarthrie. Démarche cérébello-spasmodique. Phénomènés spasmodiques et troubles de la sensibilité du côté des membres inférieurs. Troubles des sphincters. Urines de néphrite aiguë. Mort dans un accès convulsif.*

Autopsie. *Lésions syphilitiques portant uniquement sur les artères. Plusieurs dilatations anévrismales. Compression par l'une d'elles de la sixième paire. Thrombose oblitérant incomplètement la sylvienne gauche. Ischémie cérébelleuse. Myélite syphilitique. Néphrite aiguë.*

Jos. Jouf., couturière, vingt-huit ans, entrée le 6 novmbre 1894, salle 3e, femmes, dans le service de M. le professeur Teissier.

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère vivent encore et sont bien portants. Elle n'a ni frère ni sœur et ne peut donner que des renseignements très incomplets sur le reste de sa famille. Elle affirme n'y connaître aucune maladie nerveuse.

Antécédents personnels.— Aucune maladie sérieuse avant l'affection actuelle.

Un enfant de sept ans très bien portant. Pas d'autre accouchement; pas de fausses couches:

Dans le courant de l'année dernière, elle eut des boutons rouges sur tout le corps et en même temps la voix enrouée. Elle n'eut pas de chute de cheveux, ne remarqua rien d'anormal sur sa muqueuse buccale, ni aux organes génitaux; mais elle eut au pli de l'aine un ganglion volumineux qui atteignit la grosseur d'un œuf de poule, et actuellement présente encore le volume d'une noix tout en étant

absolument indolent. On trouve de plus actuellement une fissure médiane sur la langue, et sur les bords une petite ulcération de nature suspecte.

Son amant interrogé confirme le diagnostic de syphilis. Elle n'a jamais subi aucun traitement.

Pas d'alcoolisme. Aucune cause d'intoxication. Pas de surmenage.

Histoire de l'affection actuelle. — *Il y a un an*, subitement, sans prodromes et sans aucun autre symptôme, elle s'aperçut qu'elle voyait double; une personne qui se trouvait avec elle lui fit remarquer la déviation de son œil gauche. La diplopie dura quinze jours, puis disparut, mais la déviation est restée la même jusqu'à ce jour. Un oculiste consulté lui conseilla des lunettes. Ces troubles oculaires restèrent d'abord isolés.

Il y a trois mois, la malade commença à avoir des troubles de la marche. Sans avoir perdu ses forces, sans sensation subjective de vertige, elle ne pouvait marcher droit, oscillait et titubait; parfois ses membres étaient agités de secousses convulsives.

Il y a deux jours, pendant la nuit, elle eut des douleurs abdominales très vives et en même temps une impossibilité absolue d'uriner. Au matin, les douleurs cessèrent, et la miction se rétablit spontanément. Mais le soir les douleurs et la rétention réapparurent : un médecin appelé la sonda.

Hier dans la journée, pendant qu'elle travaillait, elle s'aperçut tout d'un coup que sa main droite retombait inerte et qu'il lui était impossible de s'en servir. Pas d'ictus, aucun autre symptôme. Il n'y a jamais eu de céphalalgie, aucun trouble subjectif de la sensibilité, rien qui ressemble à de l'épilepsie jacksonienne, jamais d'ictus.

Ce matin seulement la malade s'est aperçue qu'elle parlait plus difficilement et éprouvait une certaine gêne en mangeant; les aliments s'accumulaient dans le sillon labio-gingival du côté gauche.

Etat actuel. — A. *Motilité.* — Le bras et l'avant-bras droit exécutent tous les mouvements et avec une force normale. La paralysie est localisée aux muscles moteurs de la main et des doigts. Elle porte surtout sur les fléchisseurs et les interrosseux; la malade est incapable d'esquisser un mouvement de flexion. Elle relève encore le poignet et les premières phalanges, mais sans force.

On trouve une paralysie très nette du *facial inférieur gauche* : sillon naso-labial effacé, commissure tirée du côté droit, surtout lorsque la malade rit, nez légèrement dévié. Cependant cette paralysie est incomplète : les mouvements des lèvres s'exécutent assez facilement, la malade peut siffler, gonfler ses joues, etc. La prononciation est très défectueuse, la parole est lente et bredouillée. Mais la malade n'a aucune difficulté à trouver ses mots, elle les

prononce difficilement, mais ne les *estropie* pas, ne met pas une syllabe pour une autre. Il n'y a ni aphasie ni paraphasie, mais seulement dysarthrie.

Le voile du palais est normal, la luette n'est pas déviée. La langue exécute facilement tous les mouvemeuts. Le timbre de la voix n'est pas modifié. Il n'y a aucun trouble de la déglutition. Réflexe pharyngé normal. Le *facial supérieur* paraît intact; l'orbiculaire des paupières se contracte normalement.

L'*œil gauche* est fortement dévié en dedans, son excursion est extrêmement limitée du côté externe. Tous les autres mouvements s'exécutent normalement. La motilité de l'œil droit est intacte. Il y a donc une paralysie *périphérique* de la sixième paire gauche. Aucun trouble du côté de la face du côté droit ni du membre supérieur du côté gauche.

La *démarche* est nettement cérébello-spasmodique. Elle est impossible si la malade ne prend un point d'appui; sans cela elle titube et tomberait. Les pas sont de longueur inégale; la direction rectiligne ne peut être conservée ; les mouvements sont irréguliers et spasmodiques, les pieds portés dans des directions différentes, sans être projetés en avant et sans qu'en retombant le talon frappe le premier le sol. Les changements de direction se font assez facilement. La station verticale est impossible sans appui, les deux pieds joints : l'occlusion des yeux n'exagère pas ce défaut d'équilibre.

La malade résiste bien à tous les mouvements. La force semble normale aux membres inférieurs ; cependant elle sent sa jambe droite un peu moins forte; il n'y a pas d'incoordination.

Les *réflexes rotuliens* sont très exagérés des deux côtés, un peu plus à gauche, où on provoque en outre quelques secousses de trépanation épileptique. *Réflexes plantaires* également exagérés.

Les deux membres inférieurs sont raides. les articulations se mobilisent difficilement, il y a de la raideur musculaire. Pendant l'examen et quelquefois au repos, les deux membres inférieurs sont agités par quelques secousses convulsives involontaires. Rien de semblable aux membres supérieurs ni à la face. Pas de tremblement.

La rétention d'urine, qui s'est montrée il y a deux jours, est remplacée par de l'incontinence : la malade souille continuellement son lit; la vessie n'est pas distendue.

Pas de troubles du côté du sphincter anal.

B. *Sensibilité.* — Aucun trouble aux membres supérieurs ni à la face. La main droite est un peu plus froide que la gauche; les doigts sont un peu violacés. Aux membres inférieurs, le contact même léger est pourtant senti et bien localisé. Il y a un peu d'hyperesthésie à la douleur : les piqûres sont plus vivement sen-

ties qu'à l'état normal. La sensibilité thermique est atteinte : un objet froid provoque une sensation de brûlure.

L'acuité visuelle est à peu près normale, un peu de myopie ; aucun trouble du côté de l'iris ou de l'accommodation.

L'examen ophtalmoscopique montre une *pupille absolument normale*. Aucun trouble de l'odorat ni de l'ouïe.

C. *Intelligence* normale, sauf une légère diminution de la mémoire.

D. *Etat des divers organes*. — Rien au poumon. Cœur normal. Pas d'œdèmes. Rien du côté des voies digestives. On n'a pu recueillir de l'urine.

Traitement. — On prescrit 3 grammes de KI à l'intérieur et des frictions journalières avec 6 grammes d'onguent mercuriel.

10 *novembre*. — Jusqu'ici il avait été impossible de recueillir des urines, la malade souillant son lit. Depuis hier elle a de la rétention. On a été obligé de la sonder : les urines sont très rouges, contenant une notable quantité d'albumine. Le dépôt examiné au microscope contient un très grand nombre de globules rouges. La parésie de la main droite a un peu diminué ; les autres symptômes restent stationnaires. On cesse les frictions mercurielles.

Le 18, à 9 h. 1/2, la malade est prise subitement d'une sorte de crise. Appelé auprès d'elle, nous la trouvons les quatre membres en contraction tonique et agités d'une sorte de trépidation convulsive ; *pas de perte de connaissance* ; souffrances très vives dans les membres et sensation d'angoisse, de mort prochaine ; légère cyanose de la face et des lèvres.

Nous la retrouvons à 10 h 1/2 ; les quatre membres sont en résolution ; la respiration est stertoreuse ; la paralysie faciale gauche s'est accentuée, la malade fume la pipe. Le pouls est extrêmement rapide = 200. La perte de connaissance est complète. Mort à 2 h. 1/2.

Autopsie le 20 novembre. — A l'ouverture du crâne, les os sont absolument normaux, ne présentent ni gommes, ni hyperostoses, ni adhérences anormales à la dure-mère. Celle-ci est également absolument normale. La surface extérieure du cerveau ne présente aucune lésion ; la pie-mère est normale ; les vaisseaux de la convexité ne paraissent pas altérés.

L'encéphale étant retiré, on examine d'abord l'état des vaisseaux : l'artère basilaire présente un aspect irrégulier, un peu moniliforme ; ouverte, elle ne contient pas de thrombus. Sur trois des collatérales qu'elle donne du côté gauche on trouve de petits anévrismes le plus antérieur sur la cérébelleuse supérieure ; le plus en arrière et le plus gros sur la cérébelleuse antéro-inférieure ; le moyen sur une des petites artères protubérantielles. Plusieurs de ces petites artères protubérantielles présentent en outre des dilatations monili-

formes. Autour de ces dilatations anévrismales il n'existe aucune trace d'inflammation; les méninges sont souples et non adhérentes. Le plus gros de ces anévrismes atteint le volume d'un petit pois. Le nerf moteur oculaire externe gauche lui est accolé, et lorsqu'on l'a séparé on le trouve aminci et grisâtre surtout par comparaison avec celui du côté opposé. *Le facial du même côté est intact.* Les autres artères de la base présentent de l'artérite manifeste : elles sonf irrégulières, et de place en place on trouve sur leur paroi des petits points jaunâtres. En suivant les sylviennes, on les trouve également très altérées.

En suivant la sylvienne gauche, au niveau du point où elle va donner le tronc commun des artères frontale inférieure et frontale ascendante, on trouve un thrombus. Le caillot blanc, fibrineux, très adhérent aux parois, présente à peu près un centimètre de long. Il ne paraît pas obstruer complètement le calibre de l'artère, car les parois sont facilement sectionnées sur lui, et rabattues de chaque côté; iln'envoie pas de prolongements dans le tronc commun des frontales. L'artère est perméable en deçà et au delà. Nulle part ailleurs on ne trouve d'oblitération artérielle ni aucune thrombose veineuse.

L'isthme de l'encéphale est détaché du cerveau et du cervelet.

Le plancher du quatrième ventricule n'offre aucune lésion macroscopique. On fait d'abord une section médiane; puis de chaque côté on débite la protubérance et le bulbe en un grand nombre de tranches minces. On trouve partout un aspect normal.

Le cervelet ne présente également à la coupe aucune lésion appréciable.

Les hémisphères cérébraux étant séparés l'un de l'autre, on pratique d'abord de chaque côté la coupe de Brissaud, puis les coupes de Flechsig. Puis les tranches étant réunies on pratique les coupes de Pitres. Nulle part on ne trouve de lésions. Tout ce qu'on peut noter, c'est un brillant spécial de la surface des coupes, et un état un peu poisseux de la substance cérébrale. Mais l'autopsie a été faite quarante-huit heures après la mort.

La moelle est également retirée. Il n'y a aucune lésion du canal vertébral. La dure-mère est aussi absolument saine. Mais la face antérieure de la moelle étant mise à découvert, on note *une teinte opaque qui semble témoigner d'un peu d'infiltration de la pie-mère spinale* tout le long du sillon médian antérieur. Réservée pour un examen microscopique, elle a été perdue.

Tous les autres organes sont sains macroscopiquement, à l'exception des reins. Ceux-ci présentent l'aspect *des gros reins blancs :* volume doublé, aspect blanchâtre de la substance corticale parsemée de stries rouges.

Dans cette observation, non seulement le diagnostic pen-

dans la vie, mais l'interprétation après la mort, présentaient de grandes difficultés. Nous éliminerons d'abord les symptômes du côté des membres inférieurs (phénomènes spasmodiques, raideurs, exagération des réflexes, troubles de la sensibilité et des sphincters, manifestement en rapport avec une myélite spécifique.

Cette méningo-myélite spinale présentait comme caractère intéressant des troubles dissociés de la sensibilité. La sensibilité tactile était intacte, il y avait de l'hyperesthésie à la douleur, et surtout des troubles de la sensibilité à la température. Cette dissociation a été signalée dans la syphilis de la moelle par Brissaud [1], Oppenheim [2], Schlesinger [3], Raymond [4], Max Luehr [5]. Brissaud y est revenu récemment et la considère comme très fréquente dans la syphilis spinale (*Progrès médical*, 1897, p. 34).

La démarche cérébello-spasmodique, qui était typique, offrait peut-être dans notre cas une pathogénie spéciale qui n'a peut-être pas encore été observée. Habituellement, elle est due uniquement à une lésion cérébelleuse, irritative (sclérose, tumeur, abcès). Dans notre cas, elle semblait due en partie à l'anémie du cervelet (qui, seule, donne habituellement la démarche cérébelleuse pure), en partie à la myélite qui ajoutait le caractère spasmodique.

Il nous reste à interpréter trois symptômes : la monoplégie droite, la paralysie de l'abducens et du facial gauches. Cliniquement, trois interprétations étaient à discuter : on pouvait admettre une, deux ou trois lésions.

L'existence d'une paralysie du droit externe, sans aucun trouble du côté du droit interne opposé, sans déviation conjuguée des yeux (fibres anastomotiques de Duval et Laborde [6]),

[1] Brissaud. — *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1893, 1894, IX, XI, XII. Paris, Masson, 1895.

[2] Oppenheim. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1889, n° 48 et 49.

[3] Schlesinger. — *Club médical de Vienne*, 26 mars 1895.

[4] Raymond. — *Leçons*, 1896.

[5] Max Luehr. — *Arch. f. Psych.*, Bd. XXVIII, Heft 3.

[6] Von Gehuchten (*Rev. neur.*, 1897, p. 322) a contesté dernièrement l'importance de ces fibres anatomiques. Il admet bien qu'elles servent à associer les mouvements du droit interne avec ceux du droit externe opposé, *mais seulement dans les mouvements réflexes*. Dans les mouvements volontaires, l'incitation qui portera le regard latéralement à droite ou à gauche part de l'hémisphère opposé. Il admet toujours la

nous forçait à admettre une lésion siégeant sur le tronc de la sixième paire gauche. Pouvait-on aussi lui faire expliquer la paralysie faciale gauche et la monoplégie brachiale droite? Sans doute une lésion siégeant à ce niveau peut bien s'étendre en largeur jusqu'au facial du même côté, et en profondeur atteindre le faisceau pyramidal pour déterminer des troubles moteurs du côté opposé, réalisant ainsi une forme d'hémiplégie alterne.

Les cas analogues ne sont pas exceptionnels. Uhthoff[1], sur 150 cas de syphilis cérébrale a relevé 26 fois la paralysie de la sixième paire; 11 fois elle était accompagnée d'une paralysie croisée des membres.

Raymond[2] a observé un cas ayant beaucoup d'analogie avec le nôtre. Il s'agissait d'une femme, âgée de trente-neuf ans, syphilitique, présentant, à la suite d'un rictus apoplectiforme, une paralysie de la sixième paire gauche avec hémiplégie droite *intéressant la face* et dysarthrie. Le traitement antisyphilitique fit disparaître la paralysie oculaire, l'hémiplégie diminua mais sans disparaître entièrement. Raymond rapproche ce cas des autres variétés d'hémiplégie alterne : syndrome de Millard-Gubler, de Weber. Mais il fait très justement remarquer la difficulté qu'il y a à admettre une lésion *limitée* atteignant à la fois l'abducens et le faisceau pyramidal. En effet, une telle lésion devrait respecter la face du côté de l'hémiplégie puisqu'elle atteint le faisceau pyramidal après qu'il s'est débarrassé des fibres destinées au facial de l'autre côté.

D'autre part, dit-il, la paralysie faciale n'atteignant que le facial inférieur ne pouvait être une paralysie *périphérique*.

localisation au pli courbe); arrivée au niveau de la base, elle subit une semi-décussation : une partie va au noyau du droit interne du même côté; l'autre franchit la ligne médiane pour aller au noyau du droit externe opposé.

Il fait remarquer à juste titre que si l'on admettait pour ce mouvement l'intervention des filets anastomotiques de Duval et Laborde, l'excitation passerait d'abord tout entière du côté opposé, pour revenir en partie du même côté, c'est-à-dire subirait un double entrecroisement analogue à celui qu'on lui a tant reproché d'avoir admis un instant pour les voies optiques.

[1] Uhthoff. — *Ueber die Læhmung bei der Syphilis des Centralnervensystems vorkommenden Augenstœrungen.* Leipzig, 1893.

[2] Raymond. — *Mal. du syst. nerveux*, 1896, p. 365.

Le faisceau pyramidal étant atteint avant d'avoir abandonné les fibres du facial, il faut invoquer, ou bien une double lésion (l'une pour le faisceau pyramidal au-dessus de la protubérance, l'autre pour l'abducens), ou bien une large lésion touchant en bas l'abducens, remontant en haut jusqu'au niveau du pédoncule, pour léser le faisceau pyramidal. Raymond penche pour cette dernière interprétation en invoquant quelques troubles dans le domaine de la troisième paire (mydriase, troubles de l'accommodation) qui serait atteinte également par le processus.

Dans notre cas la difficulté était analogue pour la paralysie de la septième paire : si la paralysie faciale gauche avait été totale on aurait pu invoquer une compression englobant à la fois la sixième et la septième paire, en même temps que le faisceau pyramidal. On connait des observations semblables ; dans un cas de Raymond[1] il y avait paralysie simultanée des sixième, septième et douzième paires avec hémiatrophie de la langue.

Dans une observation de Gajkiewicz[2] il y avait hémiplégie gauche incomplète, paralysie des sixième et septième paires droites. L'auteur invoque un foyer pathologique, probablement de nature gommeuse, comprenant la pyramide droite et les sixième et septième paires du même côté.

Le type *cérébral* de la paralysie faciale gauche dans notre cas ne nous permettait guère d'admettre une explication analogue. En effet, l'autopsie nous montra que la sixième paire seule était comprimée ; le facial était assez loin de l'artère dilatée, et macroscopiquement paraissait sain. Nous sommes donc déjà amenés à admettre une *deuxième* lésion siégeant dans l'hémisphère droit, probablement de l'ischémie simple, l'autopsie ne nous ayant montré aucune lésion macroscopique.

La monoplégie brachiale droite pouvait-elle être attribuée à la même lésion que la paralysie de l'abducens ? Nous n'avions pas la même raison que Raymond de repousser la compression de la pyramide, puisque dans notre cas la paralysie, n'atteignant que le bras, respectait la face *du même côté*. Mais cliniquement déjà on pouvait faire à cette opinion de graves objections. Nous avons vu que ces monoplégies

[1] *Loc. cit.*, p. 369.

[2] Gajkiewicz. — *Gaz. lekarska*, II et III, 1895, analysé in *Rev. neur.*, 1896, p. 460.

limitées, survenant brusquement, atteignant un petit nombre de muscles, mais les paralysant complètement, étaient caractéristiques de l'ischémie de la corticalité. Pour l'expliquer par une lésion du faisceau pyramidal au niveau du bord inférieur de la protubérance, il fallait admettre une action extrêmement limitée. Cliniquement les deux interprétations étaient possibles, la première offrait cependant plus de probabilités. L'autopsie nous montra en effet un petit anévrisme comprimant manifestement la sixième paire, respectant la septième, n'ayant contracté aucune adhérence avec la substance cérébrale, ne paraissant pas exercer de compression de ce côté. D'autre part, l'existence d'une thrombose de la sylvienne gauche nous expliquait bien la monoplégie brachiale droite. Nous sommes donc amenés pour l'interprétation des symptômes à admettre trois lésions : deux lésions hémisphériques pour la monoplégie brachiale et la paralysie faciale, une lésion basale pour la paralysie de l'abducens gauche.

Quant à l'ictus terminal, il faut vraisemblablement faire intervenir la néphrite et l'auto-intoxication, favorisée par l'ischémie cérébrale. (*A suivre.*)

CLINIQUE MENTALE.

LES TROUBLES TROPHIQUES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

(ÉTUDE CLINIQUE ET STATISTIQUE)

Par M. P. COLOLIAN,
Interne de l'Asile clinique (Sainte-Anne).

CHAPITRE PREMIER

Historique.

I.— L'étude de la paralysie générale a fait de grands progrès. Mais depuis Bayle[1] qui, le premier, constitua la para-

[1] Bayle. — *Sur l'arachnitis chronique*, etc. (Thèse de Paris, 1822), et *Traité des maladies du cerveau et des membranes*, 1825.

lysie générale comme entité morbide, et Calmeil[1], qui en a donné la première description classique, on n'est pas encore d'accord sur la fréquence des troubles trophiques de la paralysie générale.

Pour les uns, les troubles trophiques sont rares, accidentels. Pour les autres, ils sont fréquents, constants. Il faut avouer pourtant que si l'histoire de la paralysie générale est vieille, il n'y a qu'une dizaine d'années que les névropathologistes s'occupent des névrites au point de vue clinique et anatomo-pathologique, et c'est depuis que les troubles trophiques ont pris de l'importance et ont été étudiés dans les maladies de l'axe cérébro-spinal, quoiqu'il ait été reconnu depuis longtemps déjà que le processus inflammatoire de la paralysie générale ne se localise pas uniquement au cerveau, mais se propage à l'axe cérébro-spinal et même aux nerfs périphériques.

Déjà en 1871, notre éminent maitre M. Magnan[2] attirait l'attention sur ce point, et faisait remarquer les relations étroites qui existent entre les lésions nerveuses, médullaires et cérébrales dans la paralysie générale.

M. Auguste Voisin[3], dans son traité, décrit les moindres signes et signale les troubles trophiques de la paralysie générale, sans dire pourtant si les symptômes trophiques observés sont fréquents. Il observe, dans la période de cachexie, l'alopécie « si le cuir chevelu n'est pas soigné », la teinte brunâtre des ongles, l'atrophie musculaire des interosseux palmaires et des muscles des membres.

Dans le remarquable article du dictionnaire Dechambre sur la paralysie générale, MM. Christian et Ritti ne pensent point que les troubles trophiques soient fréquents. Ils croient, au contraire, que ces symptômes observés chez les paralytiques généraux ne dépendent nullement de la lésion cérébrale, « mais de *complications accidentellement survenues* dans la moelle épinière ». Pour ces auteurs, les affections de la peau qu'on observe sont « en raison même des soins de propreté auxquels les paralytiques sont soumis ».

[1] Calmeil. — *De la paralysie considérée chez les aliénés*, 1826.

[2] Magnan. — *Gazette des Hôpitaux*, mars 1871, et *Recherches sur les centres nerveux*. Paris, 1876, p. 70.

[3] A. Voisin. — *Traité de la paralysie générale des aliénés*, 1879, p. 152.

Pour M. Régis[1], les troubles trophiques et de dégénérescence des paralytiques ne se manifestent qu'à la *dernière période de la maladie*. Il oublie également de noter s'ils sont oui ou non fréquents. H. Schüle[2] constate l'existence d'éruptions de zona, de pigmentations, des pemphigus, la canitie. Mais, selon lui, tous ces troubles trophiques sont rares.

Nous trouvons mentionnées dans le petit traité de M. Cullerre[3], les desquamations furfuracées, les éruptions pemphigoïdes. Il ne nous dit pas toutefois à quoi sont dues ces lésions. Ball[4], sans insister, divise les troubles trophiques des paralytiques en troubles généraux et troubles locaux. Il observe les premiers chez les malades qui pendant un temps mangent beaucoup, engraissent, puis tout à coup et rapidement maigrissent; c'est « la fonte » des paralytiques généraux. Les troubles locaux, selon lui, sont *extrêmement nombreux*, mais il n'en cite que deux : le zona et la gangrène.

Suivant MM. Ballet et Blocq[5], les troubles trophiques sont fort rares dans la paralysie générale : en l'absence de complications, et, en particulier, d'association tabétique, on n'en observe qu'exceptionnellement.

Il n'y a que dans la monographie de MM. Magnan et Sérieux[6] que nous trouvons l'énumération complète de tous les troubles trophiques qu'on peut rencontrer : le zona, le vitiligo, l'aspect ichthyosique de la peau, l'atrophie musculaire, la diminution de l'excitation électrique des muscles, la chute des cheveux, leur décoloration; des pigmentations, des bulles, des maux perforants, des lipomes symétriques, des arthropathies, des hémorragies spontanées diverses : hématurie, purpura, hématémèse.

Tout dernièrement M. Arnaud[7], en parlant de la période

[1] Régis. — *Manuel pratique de médecine mentale*, 1885, p. 318.

[2] H. Schüle. — *Traité clinique des maladies mentales*, 1888, p. 342.

[3] A. Cullerre. — *Traité pratique des maladies mentales*, 1890, p. 363.

[4] B. Ball. — *Leçons sur les maladies mentales*, 2e édit., 1890, p. 861.

[5] *Traité de médecine* de Charcot-Bouchard, t. VI, p. 1042.

[6] Magnan et Sérieux. — *De la paralysie générale*, p. 47.

[7] Arnaud. — *Sur la période terminale de la paralysie générale et sur la mort des paralytiques généraux* (*Archives de neurologie*, juin 1897, p. 441).

terminale de la paralysie générale, dit que ces troubles « ne sont, à beaucoup près, ni aussi fréquents ni aussi graves qu'on l'a dit généralement ».

Nous nous sommes bornés à quelques noms classiques ; on voit qu'ils ne tombent d'accord ni sur l'existence ni sur la fréquence des troubles trophiques dans la paralysie générale.

II. — Il est étrange que ces troubles trophiques n'aient pas davantage attiré l'attention dans une maladie du système nerveux qui s'étend aux méninges, cerveau, cervelet, bulbe, moelle, nerfs périphériques. Depuis longtemps cependant les physiologistes ont démontré qu'une lésion quelconque du système nerveux produisait fréquemment une action directe ou indirecte, déterminait des altérations secondaires plus ou moins profondes sur les organes innervés par le point lésé.

Charcot[1] disait qu'une irritation morbide produite sur les nerfs agirait sur les éléments anatomiques, sur la nutrition même en apportant des modifications et des troubles dans les échanges intimes des éléments, et provoquerait le développement consécutif d'un processus inflammatoire. Et l'on trouve en effet dans la paralysie générale des lésions de tout le système nerveux central.

Nous sommes forcés ici de sortir de notre cadre clinique et statistique, pour faire un court aperçu sur l'anatomie pathologique, afin de prouver que la méningo-encéphalite diffuse est une maladie de tout le système nerveux.

Dans la paralysie générale, les *cellules corticales* sont profondément altérées. Pour certains auteurs (Ballet, Blocq) les prolongements des cellules sont les premiers atteints ; pour Colella[2], au contraire, les prolongements nerveux résistent longtemps. Outre les altérations de la cellule, il y a des altérations profondes des fibres fines de la couche superficielle de l'écorce, des fibres myéliniques ou amyéliniques (Tuczeck, Zacher, Schultz, Binswanger).

La *moelle épinière* est également atteinte. M. Magnan, le premier, signala l'analogie des lésions de la moelle épinière et du cerveau, en 1865[3] d'abord, puis dans sa thèse inaugu-

[1] Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1876.

[2] *Bulletin de l'Acad. des Sciences*, 1893. *Sur les fines altérations de l'écorce.*

[3] Magnan. — *Rapports de la paralysie générale et de la folie*, mémoire couronné par l'Acad. de médecine ; prix Civrieux, 1865.

rale (1866)[1]; il insista sur la propagation du processus inflammatoire du cerveau à la moelle. Il démontra sous le microscope que la lésion permanente était une prolifération nucléaire du tissu interstitiel dans la totalité du cerveau, qu'une « gangue de tissu conjonctif épaisse, couverte de noyaux, entoure les tubes nerveux. Ceux-ci sont pour la plupart granuleux ; les uns, atrophiés, sont presque réduits à leur cylindraxe ».

Cette prolifération nucléaire des couches corticales dans les lésions avancées se propage, quand elle est plus accusée, à toute la profondeur de l'encéphale. Les travaux de Lubimoff et de Mierzewsky ont confirmé les faits signalés par M. Magnan.

Actuellement, l'altération de la moelle épinière n'offre plus aucun doute. On découvre parfois des foyers de myélite, mais le plus souvent ce sont des lésions fasciculaires plus ou moins systématiques qu'on trouve. On les constate 75 fois sur 100 suivant G. Ballet et Blocq [2]. Bonnet et Poincaré [3] ont aussi trouvé des lésions très avancées dans le grand sympathique, surtout dans les ganglions. Plus tard (1888), Krafft-Ebing, après avoir fait observer l'importance des troubles de l'innervation vaso-motrice de la paralysie générale, au point de vue de la marche clinique de la maladie, insiste sur les paralysies vasculaires constatées aux différents stades de la paralysie générale. Elles sont analogues aux paralysies expérimentales de Claude Bernard, dues aux sections du sympathique cervical.

On s'éloigne donc déjà de la conception de Bayle, qui expliquait tout par les lésions de la surface du cerveau. Il était logique qu'on examinât et qu'on recherchât les lésions des nerfs après celles du cerveau, des méninges, du bulbe, du cervelet (Luys), de la moelle et du sympathique.

C'est encore M. Magnan [4] qui en 1878, dans ses *Leçons cliniques*, signala les lésions nerveuses de la paralysie géné-

[1] Magnan. — *De la lésion anatomique de la paralysie générale*. Thèse de Paris, 1866, p. 15.

[2] *Traité de médecine* de Charcot-Bouchard, t. VI, p. 1025.

[3] Bonnet et Poincaré. — *Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralysie générale* (*Annales médico-psychol.*, 1865).

[4] Magnan. — *Des relations entre les lésions du cerveau et certaines lésions de la moelle et des nerfs de la paralysie générale* (*Gaz. des Hôpitaux*, mars 1871).

rale et attira l'attention sur les rapports des centres nerveux et des nerfs. Ayant étudié les névrites des diverses paires crâniennes, il expliqua leur rôle important dans la paralysie générale. Plus tard, se basant sur l'examen histologique, il démontra qu'il s'agissait de sclérose, et, dès cette époque, M. Magnan[1] conclut qu'une sclérose du nerf optique peut devancer de plusieurs années l'éclosion de la paralysie générale.

Krafft-Ebing[2] considère l'amblyopie, l'amaurose comme des conséquences de la dégénérescence de la rétine ; l'anosmie résulte de la dégénérescence du lobe olfactif. Mais les nerfs rachidiens ne sont pas indemnes, le processus inflammatoire peut s'étendre aussi bien à tous les nerfs rachidiens ; c'est généralement une névrite parenchymateuse, et parfois une névrite atrophique. Ces lésions de névrite périphérique ont été signalées par différents auteurs : Bewau-Levis, Dejerine, Westphal, Bianchi, Pick, Klippel, Colella.

III. — Nous touchons à un point qui intéresse particulièrement notre sujet. Ces névrites sont-elles fréquentes, autrement dit, les troubles trophiques sont-ils fréquents dans la paralysie générale ? On sait que les troubles trophiques sont aujourd'hui considérés comme des névrites, et qu'on a trouvé des névrites cutanées dans presque tous les cas de troubles trophiques (Babinski)[3].

D'après nos observations personnelles de malades et la statistique que nous rapportons plus loin, les troubles trophiques paraissent assez fréquents dans la paralysie générale.

Cette conclusion nous incite à nous demander d'où vient le désaccord des auteurs. C'est qu'en général on n'examine pas à fond les paralytiques : leur diagnostic n'exige pas un examen minutieux du corps, des mains, des pieds, etc. Il se base sur les troubles physiques et psychiques qui suffisent amplement.

[1] Magnan. — *De la sclérose du nerf optique et des nerfs moteurs de l'œil dans la paralysie générale* (*Archives de physiol. norm. et pathol.*, novembre 1877).

[2] Krafft-Ebing. — *Lehrbuch der psychiatrie.* — Dritte umgens beitete Auflage. Stuttgard, 1888.

[3] Babinsky. — *Traité de médecine* Charcot-Bouchard, t. VI, article *Néphrite périphérique*, p. 680, et *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes* (à Clermont-Ferrand), 1894.

Dans les hôpitaux, durant des mois, on examine les tabétiques, qui se mettent au lit au moment de la visite. Les paralytiques, en général, passent inaperçus dans un service de 800 malades, après le certificat immédiat et celui de quinzaine.

Les paralytiques, d'autre part, ne se plaignent pas habituellement de la décoloration de leurs ongles, de la desquamation ichthyosique de la peau, et les troubles trophiques en général douloureux, tels que le zona, le mal perforant, ne provoquent pas souvent de douleur chez eux. (Nous reviendrons plus loin sur l'indolence des troubles trophiques dans la paralysie générale.)

Ces mauvaises conditions entravent les recherches statistiques. Si les troubles trophiques de la paralysie générale étaient aussi bruyants que ceux du tabes, depuis longtemps le désaccord des cliniciens aurait cessé. Mais ils n'attirent pas l'attention, ils n'incommodent pas, ils semblent insignifiants. Il faut se livrer à des examens attentifs et fréquents pour les découvrir.

CHAPITRE II

I. — Nous avons observé pendant plusieurs mois *cinquante-sept* paralytiques, et nous rapportons l'observation et la statistique de leurs troubles trophiques. Nos malades n'ont pas été choisis, nous les avons pris au hasard de la clinique. Nous avons suivi d'abord toutes les paralytiques de Villejuif, celles dont le diagnostic a été confirmé et maintenu. Le nombre des paralytiques hommes y étant très élevé, nous n'avons pu les examiner tous. Nous avons donc pris deux quartiers, celui des paralytiques calmes ou en rémission et le quartier des gâteux; et, après avoir dressé la liste alphabétique de tous les paralytiques de la section, nous en avons pris le premier quart, dix ou quinze, puis au hasard des noms, deux ou trois sur le reste de la liste.

Après ce premier choix, nous avons écarté de notre liste ceux qui errent sur les frontières de la paralysie générale, un pied dans la démence paralytique et l'autre dans la démence alcoolique. Nous avons observé de cette façon 24 femmes et 33 hommes atteints de paralysie progressive.

Sur ces 57 paralytiques, neuf n'ont présenté aucun trouble trophique. Nos observations sont résumées; mais comme preuves incontestables de l'exactitude des diagnostics, nous rapportons les certificats des maîtres, MM. Magnan, Garnier, Vallon, etc.

II. — Il existe des troubles que les auteurs ne sont pas tous d'accord à déclarer troubles trophiques, tels que l'anesthésie, l'œdème, les *troubles dentaires*, non signalés jusqu'aujourd'hui. Nous les avons notés chaque fois que nous les avons trouvés coïncidant avec d'autres troubles chez les mêmes paralytiques.

Nous avons noté l'*anesthésie*, car nous pensons avec M. Klippel [1] que l'anesthésie cutanée des paralytiques est due à une altération des nerfs périphériques dans bon nombre de cas, et qu'elle peut se localiser dans la sphère des nerfs de la sensibilité générale ou dans celle de sens spéciaux. De Crozant [2] a signalé une anesthésie générale appréciable dès le début, mais elle est surtout notable à une période avancée, où l'on trouve même parfois une analgésie complète. Quelquefois il y a lenteur dans la transmission des sensations comme dans le tabes. L'hyperesthésie se montre fort rarement. Griesinger[3] a observé dans quelques cas un état passager d'hyperesthésie considérable à la surface de la peau.

L'*œdème* est dû souvent à cette même influence des nerfs, à notre avis.

Vulpian[4] croyait à la suppression de l'action musculaire dans la formation de l'œdème. C'est peut-être le cas des paralytiques qui ont des dégénérescences musculaires provoquées par la névrite périphérique. Ranvier[5] d'abord, puis Boddaert[6]

[1] Klippel. — *La paralysie générale, lésions et symptômes spéciaux. Formes spéciales* (*Arch. de médec. expérim.*), janvier 1894.

[2] De Crozant. — *Revue médicale*, 1846.

[3] Griesinger. — *Traité des mal. ment.*, trad. Douncie, 1865, p. 465.

[4] Vulpian. — *Vaso-moteur*, t. II, p. 608.

[5] Rouvier. — *Recherches expérim. sur la production de l'œdème. C. R. Académie des sciences*, 1869.

[6] Boddaert. — *Note sur la pathologie du goitre exophtalmique*. Gand, 1872.

ont prouvé que la ligature de la veine cave inférieure (expérience de Lower) ne produit de l'œdème qu'au cas de section du sciatique.

L'œdème a été constaté dans les plaies ou contusions des nerfs; Mongeot[1] en rapporte plusieurs cas. On a signalé de simples névralgies produisant de l'œdème (Arnozon)[2]. Aussi plusieurs auteurs pensent-ils que l'action nerveuse ou trophique peut produire l'œdème, en dehors de tout trouble circulatoire. « Nous classons dans les dermatoneuroses certains œdèmes qui nous semblent être d'origine trophique », dit M. Brocq[3]. C'est à ce titre que nous notons l'œdème des paralytiques généraux.

D'autres troubles, troubles trophiques, il nous semble, sont l'*abrasion* et l'*expulsion* des dents. Nous avons constaté chez les paralytiques généraux la destruction, l'usure du tissu dur de la dent. Cette abrasion ne paraît pas résulter d'une défectueuse articulation des mâchoires, ou du frottement direct des dents les unes contre les autres. Nous n'avons pu trouver l'étiologie de l'abrasion dans les traités d'affections dentaires. Nous croyons qu'elle est due, dans la paralysie générale, à l'action trophique des nerfs dentaires, produisant une destruction lente mais progressive.

Les dents, surtout les incisives centrales inférieures, sont usées dans leur hauteur, rarement en épaisseur. Dans les cas moins graves (1er degré), la partie usée est plane, polie, la dentine est de coloration normale. Dans les cas graves (2e degré), la pulpe est à nu ou insuffisamment protégée par une très mince pellicule de dentine. Les tissus sous-jacents ne sont ni ramollis ni décomposés; la pulpe est jaune, entourée d'une dentine blanc grisâtre. Nous avons vu des dents à moitié usées parfois, détruites en hauteur et en épaisseur. On a bien signalé l'*expulsion* des dents chez les ataxiques. Nous l'avons également trouvée chez quelques

[1] Mougeot. — *Rech. sur quelques troubles de nutrition consécut. aux affections des nerfs* (Thèse de Paris, 1867).

[2] Arnozon. — *Lésions trophiques consécutives aux maladies du syst. nerveux* (Thèse d'agrégation, 1880, p. 81).

[3] Brocq. — *Traitement des maladies de la peau*, 2e édit., Paris, 1892, p. 820.

paralytiqnes généraux, sans qu'il y ait eu ***aucune complication de tabétique.*** Les paralytiques perdent leurs dents comme les ataxiques.

M. Galippe[1], dans une intéressante communication à la Société de Biologie, fait remarquer que les lésions observées chez les tabétiques, du côté du trijumeau, et les troubles fonctionnels pouvant en résulter paraissent plutôt de nature à créer un terrain, c'est-à-dire à favoriser le développement d'une maladie connue sous le nom d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. Cette affection est produite par un ou plusieurs parasites. Si la chute des dents dans le tabes était due exclusivement à des troubles trophiques, on n'y trouverait point de parasites. L'examen de plusieurs dents tombées (des tabétiques) a prouvé à M. Galippe qu'elles étaient envahies par les parasites.

Sans être absolu, nous croyons que chez ces derniers aussi bien que chez les paralytiques généraux, la chute des dents est due d'abord à des troubles trophiques, à la dégénérescence du trijumeau, et c'est pour cela même peut-être que les parasites y peuvent vivre, étant donnée cette entrave à la nutrition dentaire.

III. — L'*othématome* a attiré l'attention d'un certain nombre de cliniciens, parce qu'il affecte une partie apparente du corps, et constitue une difformité très visible. On l'a donc déclaré assez fréquent. Pourtant, nous n'en avons rencontré aucun exemple chez nos malades; et M. Magnan dit avoir vu « une épidémie d'hématomes cesser à la suite du renvoi de plusieurs infirmiers violents ».

L'othématome a été décrit pour la première fois par Bird (1833). On l'a considéré depuis comme trouble trophique. Il nous serait impossible de citer tous les travaux qui se sont succédé depuis Bird; d'ailleurs, nous n'insisterons pas sur cette tumeur qui paraît être plutôt un trouble de circulation[2], et, « sans vouloir nier l'influence des troubles trophiques et vaso-moteurs, nous pensons qu'habituellement ces hémorragies sont, non point spontanées, mais dues à des transmo-

[1] Galippe. — Compte rendu de la *Société de biologie*, 1886, p. 231.

[2] Vallon. — *Etiologie et siège de l'othématome* (*Encéphale*, 1881, p. 231).

tismes plus ou moins intenses que démontrent d'ailleurs les ruptures des cartilages[1] ». (Magnan et Sérieux.)

Les complications trophiques des organes des sens sont rares, exception faite des *troubles oculaires*. L'appareil de la vision, dès les premiers travaux sur la paralysie générale, a attiré l'attention des cliniciens. Toutes ses parties ont été étudiées. Nous ne parlerons que des lésions du nerf optique et de la rétine. M. Galezowski[2], après des recherches faites à la Salpêtrière, avait indiqué l'anémie et l'atrophie progressive de la pupille chaque fois que la vue était troublée chez les malades atteints de paralysie générale. Il parla aussi d'un œdème péripupillaire, se présentant sous la forme d'un cercle brunâtre, que l'on rencontrerait dans quelques cas.

M. Magnan[3], pour vérifier ces différents faits, examina indistinctement tous ses malades atteints de paralysie générale. Dans au moins les deux tiers des cas, dit-il, « on ne trouve aucune altération du fond de l'œil ». Duterque[4] a remarqué qu'avant l'atrophie la pupille subit une congestion intense avec dilatation variqueuse des veines, puis œdème pupillaire et péripupillaire.

M. Neil Jameson Hepburn[5] croit que les symptômes oculaires pourraient être constatés deux à trois ans avant l'apparition des signes cliniques ordinaires de la paralysie générale. La pupille se modifie en couleur, pâlit, devient couleur de cuir, puis bleuâtre. Ces modifications semblent à l'auteur le résultat d'une hyperplasie du tissu conjonctif et surtout d'une névrite optique interstitielle.

Nous n'avons pas cherché à vérifier ces troubles, n'ayant aucune compétence vis-à-vis de maîtres comme Galezowski, Magnan. « Il est souvent plus difficile de reconnaître un état

[1] Magnan et Sérieux. — *La paralysie générale*, p. 49.

[2] Galezowski. — *Sur les altérations de la pupille et du nerf optique dans les maladies cérébrales* (*Union méd.*, août 1866).

[3] Magnan. — *Signes essentiels et accessoires de la paralysie générale* (*Gaz. des Hôpit.*, 12, 14, 19 et 23 mai 1868).

[4] Duterque. — *Des lésions ophtalmiques dans la paral. génér.* (*Ann. méd. psychol.*, 1822, t. VIII, p. 213).

[5] Neil Jameson Hepburn. — *Symptômes oculaires précoces dans la paralysie générale* (Vol. LI, p. 304, *American Journal of insanity*, 1895).

normal qu'un état pathologique, » disait M. Ballet[1] dans une leçon sur les troubles oculaires de la paralysie générale.

Enfin, Charcot[2] et ses élèves, Parinaud[3], Blocq[4], ont attiré l'attention sur la migraine ophtalmique qui précède la paralysie générale. Mais ces faits sont rares, les auteurs ont été favorisés par le hasard de la clinique.

CHAPITRE III

Troubles trophiques de la peau et des annexes.

Le revêtement cutané est souvent atteint dans la paralysie générale.

Ce sont tantôt des éruptions aiguës, telles que l'*érythème*, le *pemphigus*, le *zona*, les *bulles*, les *vésicules*, etc., tantôt des affections chroniques : ichthyose, alopécie, etc.

Troubles aigus. — L'*érythromélalgie* a été signalée par Marchal[5]. Les éruptions aiguës apparaissent et disparaissent à un moment donné de la paralysie générale; nous avons observé qu'elles se manifestent parfois à la suite d'ictus ou qu'elles coïncident avec une poussée congestive ainsi que le croient Zacher[6] et Durante[7].

Tous ces troubles trophiques cutanés proprement dits sont des lésions « qui surviennent dans la nutrition des tissus cutanés par suite d'une modification de l'influence spéciale exercée par le système nerveux sur la nutrition des éléments de ces tissus ». (Lenoir.)

Nous abordons maintenant le chapitre de nos observations.

[1] S. Ballet. — *Les troubles oculaires dans la paralysie générale (Progrès médical*, 1893, t. II, p. 436).

[2] Charcot. — *Migraine ophtalmique comme prodrome de la paral. générale* (*Progrès médical*, 1882).

[3] Parinaud. — *Migraine ophtalmique au début de la paral. générale* (*Arch. de neurologie*, 1883, t. V, p. 57).

[4] Blocq. — *Archives de neurologie*, 1890, n° 54.

[5] Machal. — *Erythromélalgie chez un paralytique général* (*Berl. Klin. Woch.*, 1892).

[6] Zacher. — *Contribution à l'étude de la pathologie et de l'anatomie pathologique de la paralysie générale* (*Arch. f. Psych.*, Bd. XIV).

[7] Durante. — *Les troubles trophiques de la paralysie générale* (*Gaz. heb.*, 1894, p. 98).

OBSERVATION I[1]. — *Eruption érythémateuse.*

L... Jonas, trente-neuf ans, camelot, est entré à Villejuif le 12 août 1896.

Certificat de M. le Dr Pactet : « Est atteint de paralysie générale. Affaiblissement des facultés mentales. Embarras de la parole. Inégalité pupillaire. Contusions multiples. »

C'est un homme petit, brun, apathique et indifférent. Il a des idées de grandeur et de richesse. Mémoire nulle. Hémianesthésie droite. Rougeur *érythémateuse* intense de toute la région lombaire, fessière et de la partie postérieure des jambes. Ce malade est couché depuis une semaine ; par moments il gâte. La rougeur était bien moins intense avant le décubitus dorsal, d'après les renseignements des infirmiers. Sur cet érythème, depuis que le malade reste couché, on voit un léger soulèvement de l'épiderme, une petite vésicule transparente. Ailleurs, au nombre de dix en tout, d'autres vésicules un peu plus grandes, arrondies et remplies d'une sérosité louche. C'est bien un érythème vésiculo-bulleux. Pas de fièvre. *Alopécie* depuis un an, assez prononcée. *Abrasion* des dents au premier degré.

Réflexion. — Cette rougeur érythémateuse est-elle due à des troubles trophiques? Nous le pensons; elle existait avant le décubitus; après, nous avons trouvé de petites vésicules.

OBSERVATION II. — *Eruption bulleuse.*

Ch... Eugène, trente-six ans, marchand de vins, est entré à Villejuif le 3 décembre 1896.

Certificat immédiat de M. Magnan : « Est atteint de paralysie générale avec idées ambitieuses. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. » M. le Dr Vallon a également porté le diagnostic de paralysie générale « avec affaiblissement intellectuel et physique. Embarras de la parole. » C'est un homme de petite taille, bien musclé, apathique et indifférent. La mémoire est mauvaise ; l'embarras de la parole est accentué. Les pupilles n'agissent pas à la lumière et sont inégales. Les pieds sont légèrement œdématiés.

Depuis son entrée, il y a une éruption de *bulles* sur la partie interne de la jambe gauche. Ces bulles sont formées par un soulèvement circulaire de l'épiderme, et sont remplies d'un liquide jaunâtre ; au nombre de trois ou quatre sur la partie interne inférieure de la jambe, de la grosseur d'une lentille ; l'une de la

[1] Toutes nos observations ont été prises dans les services de MM. Vallon (hommes) et Briand (femmes) à Villejuif.

dimension d'une pièce de 50 centimes sur la malléole interne. Sur la jambe droite, presque symétriquement, l'on trouve des taches pigmentaires, vestiges probables d'une éruption antérieure identique. Le tronc, le dos et les membres supérieurs sont indemnes.

Chaque bulle durait de huit à dix jours, puis disparaissait en laissant une tache pigmentaire. Il en apparaissait d'autres plus petites. Ces bulles n'étaient ni prurigineuses ni douloureuses. — Légère *alopécie* généralisée. — Légère *abrasion* dentaire.

OBSERVATION III. — *Éruption bulleuse. Alopécie. Ichthyose.*

V... Paul, trente-neuf ans, employé de banque, est entré à Villejuif, avec le certificat suivant de M. Magnan : « Est atteint de paralysie générale avec idées de satisfaction et quelques préoccupations hypocondriaques. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. »

Maigre, petit, brun. L'affaiblissement intellectuel est très prononcé. La peau de la région fessière est rouge, érythémateuse ; on y voit une *éruption de bulles*, disposées presque symétriquement. Elles sont une dizaine, grosses comme des lentilles et remplies d'une sérosité claire. Après quelques jours, ces bulles disparaissent et font place à des taches pigmentaires. On retrouve les mêmes taches disséminées sur le dos, les fesses et les jambes.

Alopécie accentuée sur tout le cuir chevelu. Anesthésie cutanée généralisée. La peau des jambes et des avant-bras est couverte de fines lamelles d'*ichthyose*. *Abrasion* dentaire premier degré.

OBSERVATION IV. — *Éruption bulleuse, pemphigoïde. Alopécie.*

La malade D... Estella, quarante-huit ans, lunetière, est entrée à Villejuif le 14 septembre 1896.

Certificat de M. Briand : « Est atteinte de paralysie générale avec agitation et idées incohérentes de satisfaction. Pupilles resserrées et inégales. Hésitation de la parole. »

Quelques mois avant son entrée, la malade avait des cauchemars, des pituites. Elle buvait du cognac le matin à jeun. Pas de syphilis. L'amnésie a été remarquée au mois de juillet 1896. A cette époque, la malade fut prise d'une activité dévorante : elle concevait des projets irréalisables. La parole devint traînante deux mois plus tard.

D... Estella est grosse, petite, apathique. Elle a quelques idées puériles de satisfaction. La mémoire est défaillante. L'embarras de la parole très net. Depuis trois semaines (décembre 1896) elle a de petites vésicules sur la poitrine et les deux seins. Elles sont arrondies, hémisphériques ; quelques-unes irrégulières par confluence d'éléments voisins. Leur grosseur varie d'une tête d'épingle à un

petit pois. Elles sont remplies d'un liquide séreux. Les unes se rompent, les autres se résolvent au bout de quelques jours, et se dessèchent en laissant des taches pigmentaires. Nous en avons vu couvertes de croûtes jaunes peu épaisses. Sur les jambes, quelques petites vésicules de même nature.

La malade n'a eu ni douleur ni fièvre durant la période d'éruption. Un mois plus tard (janvier 1897), les grandes vésicules disparaissaient, laissant des taches pigmentaires; on voyait encore quelques petites vésicules milliaires comme dans l'eczéma.

Vers la fin de janvier toute éruption avait disparu. Les pigmentations restaient toujours. Légère *alopécie* disséminée depuis quelques mois. Anesthésie cutanée.

Réflexion. — Les observations II, III et IV qui précèdent sont concluantes. Chez nos trois malades, à un moment donné, sans cause apparente, une éruption bulleuse, pemphigoïde se détermine, sans fièvre; elle dure un certain temps et disparaît en laissant quelques taches pigmentaires. Ces éruptions sont bien de nature trophiques avec leurs bulles et leurs taches pigmentaires. L'indolence, le manque de fièvre font qu'elles passent inaperçues presque toujours chez un grand nombre de paralytiques.

Beaucoup, parmi nos malades, présentaient de ces taches pigmentaires provenant sans doute d'éruptions semblables. Nous ne les notons pas, n'ayant aucune certitude sur leur cause. L'un de ces malades, pourtant, a des pigments apparus *subitement*, paraît-il, sans éruption bulleuse. En voici d'ailleurs l'observation.

Observation V. — *Pigmentation de la peau.*

C... Albert, cinquante ans, jardinier.

Certificat immédiat du 10 juillet : « Est atteint de paralysie générale. Idées ambitieuses. Emotivité. Hésitation de la parole. » (Dr Ch. Vallon.)

Rien de particulier dans ses antécédents. Ni syphilis ni alcool. C'est un homme de taille moyenne. Grand bavard; il énumère d'une voix traînante tous ses titres (empereur d'Angleterre et de France, ambassadeur de tout l'univers), ses richesses (plusieurs fois millionnaire). La mémoire est très mauvaise. Les pupilles sont immobiles, inégales. *Anesthésie* cutanée généralisée.

Sur la poitrine, des *taches pigmentaires* symétriquement placées, les unes arrondies, ovales, les autres irrégulières, d'une coloration jaune brun, d'une dimension variable entre la lentille et une

pièce de 50 centimes. On en compte une trentaine. Elles sont venues vers le mois de juin 1896, sans éruption d'aucune sorte, d'après les renseignements pris dans le service. Le malade n'a ni lentigo sur la peau ni phthiriase sur le corps.

Réflexion. — Que les renseignements des infirmiers soient inexacts, c'est possible, et que ces taches aient apparu avec éruption et bulles, il n'en est pas moins vrai qu'elles sont là et n'existaient pas avant la paralysie générale. Elles sont survenues au cours de la maladie et ne peuvent être que le résultat des troubles trophiques de la peau.

Purpura. — Le purpura est considéré comme trouble circulatoire dans la paralysie générale. Cependant l'apparition et la disparition des taches purpuriques sans que le malade soit soumis à un régime quelconque, ne sont-elles pas dues plutôt à l'action trophique des nerfs cutanés agissant sur les capillaires? « Les phénomènes morbides résultent ici de la dilatation ou de la contraction anormale des vaisseaux sanguins et des troubles de nutrition qui peuvent en être la conséquence. » (Leloir.)

Et M. Brocq[1] range dans ce groupe certains purpuras à côté de certaines hypérémies (érythèmes).

Observation VI. — *Pétéchie.*

La malade L... Elisa, cinquante-un ans, modiste, a été atteinte de paralysie générale ; affaiblissement des facultés intellectuelles, idées de satisfaction : « elle confectionne des chapeaux admirables ». Turbulence. Embarras de la parole ; inconscience de sa situation. » (Dr Paul Garnier.)

Elle est entrée à Villejuif le 9 décembre 1896, avec le certificat suivant de M. Magnan : « Est atteinte de paralysie générale avec préoccupations hypocondriaques et quelques idées de satisfaction. Hésitation de la parole, inégalité pupillaire. » Pas d'antécédents alcooliques ou syphilitiques. Elle est mariée, mère d'une fille bien portante. Pas de fausse couche. Le commencement de la maladie remonte à l'été de 1895.

L... Elisa est de taille moyenne, d'un faciès triste. La parole est hésitante, la mémoire est mauvaise. Pupilles inégales. Sur les membres inférieurs, on constate des taches plus ou moins arrondies, régulières, en très grand nombre. Elles sont d'un rouge noirâtre et ne disparaissent pas sous la pression du doigt. Ce sont bien

[1] Brocq. — *Loc. cit.*, p. 818.

des taches de purpura, *pétéchies*. Elles disparaissent au bout de quinze à vingt jours, pour faire place à d'autres. Nons ne savons pas exactement le début du purpura de la malade. D'après les renseignements de sa fille, il n'existait pas avant son entrée à Villejuif. Depuis son entrée, elle n'a pris aucun médicament. Anesthésie cutanée complète.

Le zona. — L'existence de l'herpès zoster chez les paralytiques généraux a été longtemps ignorée, soit des dermatologistes, Lenoir[1], Duhring[2], Kaposi[3], etc., qui ont fait sur le zona des études magistrales; soit des neuropathologistes et aliénistes, Charcot[4], Foville[5], Fèvre[6]. On le trouve signalé dans l'article de MM. Christian et Ritti[7] : « On a cité assez fréquemment chez les paralytiques généraux l'apparition du *zona*, du pemphigus et du purpura. »

Ball en parle également dans ses leçons, mais c'est son élève, M. Ramadier[8], qui attira l'attention en rapportant plusieurs cas de paralytiques atteints de zona. Schüle[9] note aussi les éruptions de zona dans la paralysie générale. Pour Krafft-Ebing, le zona n'est pas rare dans la paralysie générale. Dans la thèse de M. Gonnet[10] nous trouvons plusieurs observations de zona chez des paralytiques généraux. Trois de ces observations sont dues à M. le Dr P. Sérieux et deux à l'auteur de la thèse.

Le zona existe dans la paralysie générale sans aucun doute. Il y est même assez fréquent : nous en relevons 3 cas sur

[1] Lenoir. — Article *Trophonévrose* in Dict. Jaccoud.

[2] Duhring. — *Traité pratique des maladies de la peau*. Trad. française, 1883.

[3] Kaposi (Moritz). — *Leçons sur les maladies de la peau*. Trad. française 1881.

[4] Charcot. — *Leçons sur les maladies du syst. nerveux* faites à la Salpêtrière, t. I, 5e édit., 1884.

[5] Foville. — Article *Paralysie générale*, in Dict. Dechambre.

[6] Fèvre. — *Des altérations du syst. nerveux cutané dans la folie* (*Ann. médico-psych.*, 1876).

[7] *Loc. cit.*

[8] Ramadier. — *Contribution à l'étude des troubles trophiques dans la paralysie générale* (Thèse de Paris, 1884).

[9] Schüle. — *Traité clinique des maladies mentales*, 3e édit., 1886. Trad. française Duhamel et Dagonet.

[10] Gonnet. — *Quelques cas de zona chez les paralytiques généraux* (Thèse de Paris, 1889).

57 malades. La statistique de M. Ramadier est de 4 p. 100. D'après nos observations, jointes aux observations déjà publiées, le zona des paralytiques n'est pas douloureux, et pour cette raison passe souvent inaperçu. Il peut survenir avant l'éclosion confirmée de la paralysie générale.

Tout dernièrement, à propos d'un cas de zona ophtalmique chez un homme de trente ans qui présentait six mois après des phénomènes de paralysie générale, M. Danlos[1] demandait dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, s'il n'y avait pas un rapport entre les troubles trophiques du trijumeau et les lésions corticales. Axenfeld, d'après M. Rendu, déjà en 1868, considérait comme très probable la nature centrale du zona.

Nous avons eu aussi à observer un cas de zona ophtalmique survenu quelques mois avant les signes physiques et psychiques de la paralysie générale (observation VIII).

Observation VII. — *Zona thoracique. Alopécie.*

Mme B... Jeanne, trente-sept ans, journalière.

Certificat de M. Magnan : « Est atteinte de paralysie générale avec irritabilité. Légère excitation par intervalles. Hésitation de la parole. »

N'a jamais eu de maladie vénérienne. Pas d'enfant, pas de fausse couche. Son mari est chez un marchand de vins, mais ni l'un ni l'autre ne faisaient excès de boissons.

Début de la paralysie en 1892. A cette époque, la malade a eu de l'aphasie passagère, sans ictus. En 1895, elle a eu le zona un mois, dans la partie supérieure du thorax, côté gauche. Elle n'avait pas et n'a jamais eu de douleurs névralgiques. Actuellement, nous ne trouvons qu'une *alopécie* prononcée sur tout le cuir chevelu. La malade gâte par moments.

Observation VIII. — *Zona ophtalmique et eschare.*

Mme R... Céline, trente-quatre ans, cuisinière, est entrée à Villejuif, avec le certificat suivant de M. Magnan : « Est atteinte de paralysie générale avec idées de satisfaction; propos incohérents, hésitation de la parole, inégalité pupillaire. »

Aucun antécédent héréditaire ou personnel. Elle n'est pas alcoolique et ne paraît pas être syphilitique. Au mois d'août 1896,

[1] *Société médicale des hôpitaux*, séance du 27 novembre (*Bull. médic.*, 1896).

R... Céline fut atteinte de *zona ophtalmique* diagnostiqué d'abord par le médecin traitant, puis au bastion 29, où elle alla consulter, croyant à un érysipèle. Les vésicules étaient de petit volume; la conjonctive était rouge les premiers jours, la paupière s'est ensuite gonflée *sans aucune douleur névralgique du trijumeau.* L'herpès zoster a duré trois semaines. *Trois mois après le zona,* le mari s'aperçut que sa femme hésitait en parlant, perdait la mémoire.

A son entrée à Villejuif, R... Céline ne conservait aucune trace de zona et ne présentait aucun trouble trophique. Elle eut quelques jours après une attaque épileptiforme; nous la faisons coucher le 20 décembre. Le 25, la peau de la région fessière est érythémateuse, mais la malade ne gâte pas encore. Le 27, deux grosses bulles apparaissent sur le sacrum, remplies de sérosité brunâtre.

Le 1er janvier 1897, commencement d'eschare sacrée. Rougeur érythémateuse sur les malléoles externes des deux pieds. La malade gâte. En dépit des soins antiseptiques et hygiéniques, l'eschare augmente jusqu'à la dimension d'une pièce de 2 francs. La surface est violacée, piquée de points noirâtres, entourée d'une zone d'érythème. Pas de sucre, ni d'albumine dans les urines.

Réflexion. — Cette malade est doublement intéressante, par le zona qui, chez elle, a précédé de quelques mois les premiers troubles de la paralysie générale, et par l'eschare qui a rapidement évolué au bout de quelques jours de décubitus dorsal. Elle n'était ni alcoolique ni syphilitique. La paralysie générale a marché à grands pas : six mois après le début de l'affection, l'affaiblissement intellectuel et physique était considérable.

OBSERVATION IX. — *Zona. Eschare. Amaigrissement.*

Ch... Charles, vingt-huit ans, menuisier.

Certificat de M. Vallon : « Est atteint de paralysie générale. Affaiblissement des facultés mentales, particulièrement de la mémoire. Idées mélancoliques. Pupilles resserrées, la gauche plus que la droite. Tremblement fibrillaire de la langue. Parole lente et embarrassée. »

Ch... Charles est grand, brun, très maigre ; à son entrée, il pesait 86 kilogrammes ; depuis deux mois il a beaucoup maigri. Le zona s'est déclaré sans névralgie six mois avant son admission à Villejuif, sur le côté droit de la poitrine. L'herpès zoster dura trois semaines, puis les vésicules disparurent sans laisser de trace. Deux mois plus tard, l'entourage du malade s'aperçut qu'il perdait un peu la mémoire. Il est inconscient, apathique. A peine était-il couché depuis deux semaines qu'on constata un commencement

d'eschare sacrée. Actuellement l'*eschare* est assez volumineuse, remplie de croûtes noirâtres, sous lesquelles la surface est rouge, piquée de points violacés.

Mal perforant. — Le mal perforant n'est pas rare chez les paralytiques généraux. Il suffit de « passer en revue », comme dit M. Marandon de Montyel, tous les pieds des paralytiques pour voir qu'il est aussi fréquent que dans les autres maladies du système nerveux. En général, le mal perforant est indolent, suppure peu, n'attire pas l'attention des malades ou du médecin. Aussi son existence n'a-t-elle été reconnue que depuis peu.

La première observation en est due à M. Lanceraux[1] : le malade ayant succombé, le diagnostic de paralysie générale fut confirmé par l'autopsie. Mais c'est M. Christian[2] qui attira l'attention sur deux cas de maux perforants chez des paralytiques généraux. Puis ce fut M. Marandon de Montyel[3] qui rapporta d'autres observations.

Le fait connu, M. Barthélemy[4] en fit le sujet de sa thèse, et le mal perforant fut admis définitivement par les cliniciens et les auteurs classiques. Nous n'en avons observé qu'un cas. Notre malade a été vue plusieurs fois et examinée par M. le Dr Sérieux, qui a confirmé le diagnostic de mal perforant. En voici l'observation :

Observation X. — *Mal perforant.*

Mme B... Catherine, cinquante-trois ans, cuisinière, est entrée à Villejuif le 29 avril 1892. Certificat de M. Magnan : « Est atteinte de paralysie générale avec idées de satisfaction, propos incohérents, hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. »

Mariée à 35 ans, n'a jamais eu d'enfant ni de fausse couche. Pas de maladie vénérienne. En 1887, elle buvait beaucoup de vulnéraire et liqueurs. Début de la maladie en 1889. Il y eut à cette époque hallucinations de l'ouïe, perte de la mémoire, hésitation de la parole. Elle n'a jamais eu d'attaque ni de vertige. Hémianesthésie droite. Retard de la sensibilité au côté gauche.

[1] Lanceraux. — *Traité d'anatomie pathologique*, 1879, t. II, p. 71.

[2] Christian. — *Mal perforant dans la paralysie générale* (*Annales médico-psych.*, 1882, p. 230).

[3] Marandon de Montyel. — *Mal perforant et paralysie générale* (*Encéphale*), 1888, p. 257.

[4] Barthélemy. — *Du mal perforant dans la paralysie générale* (Thèse de Paris, 1890).

Le 1er décembre 1896, on s'aperçut dans le service que la malade avait une plaie sous l'articulation du gros orteil gauche. L'ulcère, qui est un mal perforant, existait depuis un mois, selon la malade, mais comme elle n'en souffrait pas, elle n'en disait rien.

Le mal perforant se trouve au-dessous et un peu en dedans de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche. Il est étendu de 2 centimètres, profond, rempli de pus. Avec la sonde cannelée, on arrive à l'os, mais l'articulation est intacte; autour de l'ulcère se trouve un bourrelet. Toute la région environnante est anesthésiée, nous enfonçons une épingle très profondément sans que la malade se plaigne. (Nous faisons remarquer que la malade n'est pas anesthésiée du côté gauche.)

Au bout d'un mois de repos et de pansements, le bourrelet s'est graduellement resserré, les bords se sont rapprochés et le mal perforant a disparu. Sur le gros orteil du pied droit, symétriquement placé, nous constatons un épaississement de l'épiderme. La malade est très sobre depuis son entrée ; nous ne pouvons incriminer ses anciennes habitudes alcooliques de 5 à 6 ans, puisqu'elle est à l'asile depuis 1892. Elle n'est pas non plus syphilitique. Pas de sucre ni albumine dans les urines.

L'eschare. — Un des troubles trophiques de la paralysie générale les plus connus, c'est l'eschare. Elle a été particulièrement étudiée par Geoffroy[1] et plus tard par Frégevu[2]. Les publications se sont succédé trop nombreuses pour que nous les citions. L'eschare est due à la névrite périphérique relevant soit d'une lésion centrale (encéphale), soit d'un état général de cachexie (Durante[3]). Elle existe dans la paralysie générale ; elle n'est pas due seulement à la malpropreté, au décubitus ou au frottement, comme le croit M. Arnaud[3], mais quelquefois aussi aux troubles trophiques.

Les deux services (hommes et femmes) de Villejuif, où nous avons étudié nos malades, sont des services modèles au point de vue de la propreté et de l'hygiène. Pourtant nous avons rencontré huit fois l'eschare sur nos 57 malades. En général, l'eschare, une fois apparue, suit graduellement sa marche, s'entoure d'une zone érythémateuse, inflammatoire; les parties sphacélées s'éliminent lentement. Mais quand elle est traitée au début, le processus s'arrête et l'eschare disparaît.

[1] Geoffroy. — *Annales médico-psych.*, 1865.

[2] Frégevu. — *Des eschares dans la paralysie générale* (Thèse de Paris, 1876).

[3] *Loc. cit.*

L'eschare peut apparaître dès le début de la paralysie générale, ainsi que le signalent MM. Christian et Ritti[1], Morer[2]. M. Vallon[3] a observé l'apparition d'eschare loin de tout point comprimé. Nous-même avons observé l'eschare (obs. VIII et IX) chez des paralytiques généraux à peine couchés depuis quelques jours (donc pas ou peu de compression) ; tandis que, dans les mêmes salles, nous avons vu d'autres malades, non paralytiques, mais gâteux, couchés depuis longtemps et n'ayant pas même l'érythème fessière des paralytiques généraux.

Dans le service de notre éminent maître M. Magnan, nous avons vu un homme de quarante-six ans, atteint de « porencéphalie double ». Entré à l'admission le 25 mars 1892, couché depuis lors (cinq ans) dans le décubitus dorsal, grand gâteux, il n'a pas la moindre eschare.

Les paralytiques généraux sont prédisposés aux troubles trophiques de toutes sortes, par la nature même de leur affection. La malpropreté ne fait qu'accroître cette tendance aux troubles trophiques. L'hygiène la plus parfaite n'empêche pas toujours l'apparition d'eschare. Nous ne donnons ici que six observations, les deux autres sont dans le chapitre du zona (obs. VIII et IX).

Observation XI. — *Eschares. Coloration des ongles.*

Mme G... Amélie, cinquante-deux ans, piqueuse de bottines, est entrée à Villejuif le 28 octobre 1896.

Certificat de M. Magnan : « Est atteinte de paralysie générale avec idées ambitieuses. Propos incohérents. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. »

En 1895, elle avait été internée une première fois pour alcoolisme chronique. A cette époque, M. Magnan avait soupçonné la paralysie générale, et signé le certificat suivant : « Alcoolisme chronique tendant à la paralysie générale. Hallucinations pénibles. Idées de persécution. Excitation passagère. Tremblement des mains. Pupilles resserrées et inégales. Légère hésitation de la parole. » Eschares petites comme une pièce de un franc, sur les deux grands trochanters. Couchée depuis un mois, gâte par moments. Les ongles des doigts sont colorés en brun.

[1] *Loc. cit.*
[2] Morer. — Thèse de Paris, 1882.
[3] Vallon (Th.). — Thèse de Paris, 1882.

OBSERVATION XII. — *Expulsion de dents. Eschares. Purpura. Hématurie.*

Mme T..., Louise, trente-huit ans, couturière, est entrée à Villejuif le 1er avril 1896. Certificat de M. Briand : « Est atteinte de paralysie générale avec idées hypocondriaques. Légère hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. »

C'est une femme de moyenne taille, brune, apathique. La mémoire est faible, la parole hésitante. Les pupilles dilatées et inégales, réflexes rotuliens conservés intactes. Idées hypocondriaques prononcées. A une maladie dans le ventre, dans l'estomac, etc. ; elle souffre de partout, ses intestins ne fonctionnent plus.

Au mois de janvier 1897, elle a une attaque apoplectiforme ; nous la faisons coucher. Deux jours plus tard, une érythème intense se forme dans la région sacro-fessière, et 5 à 6 jours après, des phyctènes remplies d'une sérosité sanguinolente. A la même époque, nous trouvons des *taches purpuriques* disséminées sur les membres inférieurs.

Vers le 20 janvier, l'*escharc* se forme, malgré tous les soins hygiéniques et antiseptiques, dans la région sacrée et trochantérienne droite. — Le 21 janvier, la malade a de l'*hématurie* sans cause apparente. L'hématurie dure trois jours. Il n'y avait antérieurement ni albumine ni sucre dans les urines. Quantité d'urine : 1 litre 1/2.

La malade ne prenait aucun médicament et n'était soumise à aucun régime particulier. — Elle n'a plus qu'une dent à la mâchoire supérieure. Il y a déjà un an qu'elle perd ses dents, sans la moindre douleur. Les dents deviennent trop petites pour les gencives, elles s'ébranlent et tombent quelque temps après. Plusieurs jours avant son entrée à Villejuif « a, dit-elle, reçu une gifle de son ami qui lui a débolté quatre dents ». — Syphilis ?

Réflexion. — Dès le début de la paralysie générale, la malade commence à perdre ses dents, sans douleur : une gifle a suffi pour expulser quatre de ses dents. Plus tard, après quelques jours de décubitus, apparition d'eschare, purpura et hématurie, qui coïncide avec une attaque apoplectiforme, ainsi que l'a signalé Zacher[1]. L'apparition de ces troubles aggravait l'état de la malade au lieu de l'améliorer (comme l'ont prétendu quelques auteurs). L'intelligence baissait de jour en jour, le moi s'effondrait, et la paralysie marchait à grands pas.

[1] Zacher. — *Loc. cit.*

Observation XIII. — *Eschare. Phlyctène. Ichthyose.*

B... C... Charles, trente-trois ans, menuisier, est entré à Villlejuif, le 23 juin 1896, avec le certificat suivant de M. Magnan : « Est atteint de paralysie générale avec préoccupations hypocondriaques, idées de persécution, excitation, insomnie. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. »

C'est un homme de taille moyenne. La voix est basse, hésitante. *Anesthésie* cutanée complète de tout le corps. — *Ichthyose* des membres inférieurs.

Eschare de la dimension d'une pièce de cinquante centimes sur la malléole externe du pied droit. Grosses taches érythémateuses rouges sur les malléoles interne et externe du pied gauche, et sur le sacrum où se trouvent deux bulles de phlyctène de la grosseur d'une lentille, remplies d'un liquide brunâtre. *Abrasion* des dents, deuxième degré.

Observation XIV. — *Petites eschares malléolaires. Alopécie.*

P... Eugène, quarante-huit ans, tonnelier, est entré à Villejuif le 19 décembre 1896. Certificat de M. le Dr Vallon : « Est atteint de paralysie générale. Affaiblissement des facultés mentales. Inconscience de sa situation. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. Contusion à la région fessière gauche. »

C'est un individu de taille moyenne, maigre. Inconscient et indifférent de sa situation. La mémoire est affaiblie. Quelques idées puériles de satisfaction et de fortune. L'embarras de la parole est fort appréciable. Les pupilles sont inégales. *Anesthésie* cutanée du côté gauche. — *Alopécie* disséminée sur tout le cuir chevelu, depuis le début de la maladie actuelle.

Eschares sur les malléoles des deux pieds, en dedans et au dehors, de la dimension d'une pièce de un franc et couvertes d'une croûte noirâtre. Chacune, entourée d'une zone érythémateuse. Insensibilité de la peau environnant les eschares du pied droit.

A la région fessière et au sacrum, on trouve des plaques congestives, érythémateuses, rouges; quelques phlyctènes au milieu de ces plaques, pleines d'un liquide jaunâtre. — Légère abrasion des dents.

Observation XV. — *Grande eschare sacrée. Ichthyose généralysée. Amaigrissement rapide.*

A... Emile, trente-trois ans, employé des postes et télégraphes, est entré à Villejuif le 23 novembre 1895. Certificat immédiat : « Est atteint de paralysie générale avec idées incohérentes de satisfaction, conscience très incomplète de ses actes. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. » (Magnan.)

A... Emile est maigre, gâteux, inconscient. Il était énorme au début de sa maladie, pesait 92 kilogrammes. Il maigrit beaucoup depuis un mois. L'appétit est bon pourtant, et il n'a pas de diarrhée. L'affaiblissement intellectuel est très accentué. La parole très embarrassée. Les pupilles inégales.

Il est couché depuis son entrée. Les eschares datent de deux mois. Actuellement (décembre 1896) il existe une eschare sacrée de 5 centimètres de diamètre, très profonde, à bords violacés, à surface piquetée de points sphacélés. Elle augmente chaque jour de volume malgré tous les soins hygiéniques et antiseptiques. La peau des membres inférieurs et supérieurs est rugueuse, sèche. *Ichthyose* légère de tout le corps. Anesthésie cutanée complète.

OBSERVATION XVI. — *Eschare petite. Ichthyose.*

H..., Charles, trente-sept ans, vernisseur sur cuir, est entré à Villejuif le 15 février 1896, avec le certificat suivant de M. Magnan : « Est atteint de paralysie générale. Apathie. Indifférence. Conscience très incomplète de sa situation. Hésitation de la parole. Déjà traité. »

H... Charles est de taille moyenne, maigre, brun. Le faciès est apathique, indifférent. Parti en Afrique à l'âge de vingt-deux ans, il y a contracté des habitudes alcooliques. Il y est resté dix-huit mois. Syphilis ?

La maladie actuelle date de 1895. Le malade fut pris de très fortes névralgies dans la région cervicale et à la nuque. Ces douleurs l'empêchaient de dormir. Inégalité pupillaire. Embarras de la parole.

La peau des deux jambes est sèche, rugueuse au toucher ; elle est couverte de lamelles épidermiques fines, blanches, quelques-unes nacrées. Sur les trochanters existent des eschares de la dimension d'un franc, à surface rouge vif, piquetée de points violacés putréfiés. — Les dents sont usées à moitié, jaunes au centre. *Abrasion* dentaire au troisième degré. (*A suivre.*)

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. Méthode pour faire paraitre des cellules granuleuses sur les préparations durcies a la formaline; par Ch. Busch. (*Neurolog. Centralbl.*, XV, 1896.)

Ce sont, comme on voit, des cellules qui renferment des granulations graisseuses. La formaline a l'avantage de ne pas dissoudre la graisse; elle fixe les cellules granuleuses. La pièce est mise, pendant un jour ou deux, dans une solution de formaline à 5 p. 100, puis dans l'alcool dont on élève graduellement le degré, enfin incluse dans la celloïdine et coupée. Les coupes sont placées pendant deux ou trois heures dans une solution d'acide chromique à 0,5 p. 100, lavées à l'eau distillée, mises dans un plat d'acide osmique à 1/500. Au bout de vingt-quatre heures on a une coloration brune sur laquelle tranchent des points plus foncés. Si, après les avoir enlevées de la solution chromique, on les plonge pendant vingt-quatre heures dans le mélange suivant :

Sol. d'ac. osmique à 2 p. 100	2 parties.
Sot. de formaline à 2 p. 100	2 —
Eau distillée.	10 —
Alcool à 95°	10 —

On voit la substance grise gris clair, les cellules à granulations graisseuses à l'état de taches noires, On peut porter les coupes directement l'hématoxyline; dans les cellules granuleuses viennent plus fortement colorées que le reste. Si les coupes, colorées à l'hématoxyline, sont rincées et mises dans une solution d'acide picrique à 1 p. 100, on obtient une coloration verdâtre, et les cellules granuleuses sont bleues; mises dans un mélange de :

Eau distillée	200 grammes.
Acide oxalique et sulf. de soude. . . .	0,1

la coloration générale est rouge brun, lea cellules granuleuses sont bleues. P. Keraval.

II. Note relative au ruban de Reil; par P. Flechsig. (*Neurolog. Centralbl.*, XV, 1896.)

Il est généralement admis que la partie principale du ruban de

Reil est largement en relation avec la pariétale ascendante. Mais comment? Directement, ou indirectement?

Une partie du ruban de Reil se termine probablement dans la couche optique ; après avoir traversé transversalement le centre médian, elle ne gagne que la partie postérieure du noyau latéral; quelques fibres s'épanouissent directement en dendrites finales. Les cellules de cette région de la couche optique sont indubitablement reliées à la pariétale ascendante, car elles dégénèrent à la suite de la lésion de cette circonvolution (observation personnelle). De nouvelles pièces anatomo-pathologiques, prises sur des fœtus, permettront bientôt de démontrer qu'une autre partie du ruban de Reil (notamment les fibres à genèse tardives des trousseaux latéraux du ruban de Reil principal) va, par la couche optique, directement à la capsule interne. P. KERAVAL

III. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TONICITÉ MUSCULAIRE ; par E. JENDRASSIK. (*Neurolog. Centralbl.*, XV, 1896.)

La flaccidité musculaire et tabétique est démontrée par l'observation publiée en 1888 (*Archiv f. kl. mediz.*, XLIII) dans laquelle il s'agit d'une femme qui, droite, sur ses jambes bien tendues, inclinait le tronc au point d'arriver à placer sa tête à ses pieds, en étreignant en même temps ses jambes au plus haut degré ataxiques. Cette diminution de la tonicité musculaire est en rapport avec la perte des réflexes tendineux (*Archiv f. kl. mediz.*, XXXIII). L'auteur a inventé un appareil propre à mesurer la tonicité musculaire. Le patient étant couché horizontalement sur une table, si on lève la jambe étendue ou fléchit la cuisse d'une venue, et dans ces conditions le bassin se fléchit également. Implantez un bâton sur la symphyse pubienne et maintenez-le avec deux fils de cuivre sur les épines iliaques antérieures et supérieures (trois points d'appui), son extrémité supérieure (surmontée d'un point de repère) marquera les mouvements du bassin. Vous pourrez aussi mesurer les mouvements passifs imprimés à la cuisse et au bassin par des angles; surtout si vous avez soin de tracer sur la jambe demeurée horizontalement immobile la droite qui va du grand trochanter à la malléole externe. M. Jendrassik à réuni dans un tableau : A l'angle obtenu par l'élévation passive maxima de l'extrémité inférieure étendue; B, l'angle du mouvement du bassin; C, la différence entre ces deux angles qui indique l'exacte extensibilité des muscles de la cuisse; *a*, l'angle plein quand on fléchit la cuisse; *b*, l'élévation du bassin ; *c*, la différence entre ces deux derniers c'est-à-dire l'extensibilité du triceps fémoral. Mais il a soin de vous dire que ce n'est que dans les cas excessifs qu'on peut dire qu'il y a hypotonie car on ne connaissait pas le degré antérieur de l'extensibilité musculaire chez le même individu. Il en est de même pour les

réflexes tendineux. En général, l'angle de réflexion de la cuisse paraît moindre chez l'enfant, les individus musclés, supérieur chez les adultes amaigris. L'hypotonie paraît marcher de pair avec la diminution des réflexes. Mais l'extensibilité passive semble n'avoir aucune relation avec l'ataxie puisqu'elle est quelquefois très grande chez des individus nullement ataxiques. Seulement l'ataxie existant d'ordinaire dans les cas avancés de tabes, et manquant au début de l'affection, tandis que l'hypotonie a l'air de croître avec le développement de la maladie, on s'explique ainsi que les observations dans lesquelles il y a une ataxie notable, témoignent d'un grand angle d'extensibilité (89°), en tout cas d'un angle qui est supérieur à celui des autres (78°). P. KERAVAL.

IV. DE L'ORGANISATION DU NOYAU PRINCIPAL DE L'OCULOMOTEUR COMMUN ET DE LA POSITION QU'Y OCCUPENT LES TERRITOIRES CORRESPONDANT A CHACUN DES MUSCLES DE L'ŒIL; par H. SCHWABE. (*Neurolog. Centralbl.*, XV, 1896.)

On enlève à des lapins les différents muscles de l'œil; on les tue dans les neuf à quatorze jours suivants. On fixe la région du noyau de l'oculomoteur commun par l'alcool à 96°, on inclut dans la paraffine; on coupe et l'on colore à l'érythrosine et au bleu de méthyle (méthode Held). M. Schwabe a obtenu des résultats positifs par l'extirpation des quatre muscles moteurs de l'œil innervés par l'oculomoteur commun. Toutes les fois aussi qu'il a vidé la cavité oculaire, toutes les cellules nerveuses du noyau en question appartenant au type moteur ont dégénéré, ainsi que les cellules latérales placées dans le faisceau longitudinal postérieur. Il a constaté qu'il y a généralement entre-croisement, c'est-à-dire que les fibres radiculaires provenant de la partie la plus postérieure du noyau s'en vont à l'œil du côté opposé après s'être entre-croisées dans le repli. On trouve même dans les autres régions du noyau servant à l'inervation de l'organe du même côté, certaines cellules isolées qui donnent des fibres à l'oculomoteur du côté opposé. Les divers segments du noyau qui nous occupe ne sont d'ailleurs point absolument séparés par des limites tranchées. On doit reconnaître dans l'organisation du noyau de l'oculomoteur commun une portion reculée (surtout postérieure) et une partie rapprochée (surtout antérieure), séparées par une zone pauvre en cellules. Dans la première on rencontrerait le noyau postérieur (dorsal) de Gudden. Dans la seconde, qui se rétrécit à mesure qu'on se rapproche du plan antérieur du corps, tout en gagnant la ligne médiane, il faudrait placer la partie antérieure du noyau antérieur (ventral antérieur) de Gudden. Ceci dit, voici la localisation de chacun des muscles.

1° Il n'y a parmi les muscles moteurs de l'œil innervés par l'ocu-

lomoteur commun, que le *droit supérieur* qui soit innervé par le *noyau du côté opposé*. Les fibres radiculaires qui lui sont destinées viennent de *la moitié postérieure du segment reculé* (*postérieur*) de ce noyau. Ce serait presque le noyau dorsale (postérieur) de de Gudden.

2° La *moitié antérieure du segment reculé* (postérieur) du *même côté* fournit les fibres innervant l'*oblique inférieur* ;

3° Le *droit inférieur* tire ses fibres du *segment rapproché* (antérieur) du *noyau du même côté* ; à cette zone appartiennent encore une partie des cellules latérales.

4° *Droit interne*. Les fibres qui s'y rendent proviennent des *cellules* disséminées sur *tout le côté du noyau homolatéral* qui *occupe le faisceau longitudinal postérieur*. Ce sont : la plupart des cellules latérales ; nombre de cellules situées entre le segment reculé et le segment rapproché du noyau en question ; peut-être aussi la moitié des cellules qui, de concert avec les cellules d'innervation destinées au droit inférieur, constituent la pointe la plus externe du segment rapproché du noyau.

C'est là tout ce qu'il y a de certain. L'auteur ajoute : Il est en tout cas intéressant de constater que :

a). Les muscles (droit supérieur et oblique inférieur) qui concourent au mouvement simple d'élévation du globe de l'œil ont leur centre dans le segment reculé du noyau des deux côtés.

b). Il y a mélange intime des cellules innervant le droit inférieur et le droit interne, dans la pointe la plus externe du segment rapproché du noyau; on pourrait, à juste titre, désigner ce point sous le nom de centre de convergence. P. KERAVAL.

V. DU PHÉNOMÈNE ROTULIEN COMME SIGNE DIAGNOSTIQUE D'AFFECTIONS NERVEUSES ET D'AUTRES MANIFESTATIONS DU MÊME GENRE; par W. DE BECHTEREW. (*Neurolog. Centralbl.*, XV, 1896.)

Attire-t-on brusquement la rotule en bas avec deux doigts et la maintient-on dans cette situation, on allonge le tendon du triceps fémoral et provoque des contractions de ce muscle qui, par l'extension continue, dégénèrent en véritables convulsions cloniques; *la rotule est agitée de trépidations convulsives.*

Mais cela ne se produit pas chez les individus sains. De même que le clonus podalique, ce phénomène est dû à l'exagération des excitabilités réflexes. Aussi le trouve-t-on, comme le premier, dans la paralysie spinale spasmodique, la sclérose latérale amyotrophique, la sclérose en plaques, les affections cérébrales et spinales en foyer, toutes les fois qu'il y a dégénérescence descendante des cordons latéraux. Mais il y a des cas où le clonus podalique existe, et non ce réflexe rotulien, parce que le crural, qui innerve les muscles de la cuisse, vient des deuxième et quatrième racines lom-

baires, tandis que le sciatique, qui innerve ceux de la jambe, vient des dernières racines lombaires et des premières sacrées. Si donc la lésion occupe la région lombaire au-dessus de la deuxième paire lombaire, il y aura clonus podalique et clonus rotulien sinon, ou en cas d'inégale lésion des deux régions, il n'y aura pas simultanément les deux symptômes.

Cliniquement le phénomène rotulien peut exister sans le clonus podalique; son existence des deux côtés semblait devoir, dans un cas de l'auteur, en faire un signe de lésion organique, tandis que d'autre part il indique que c'est son unilatéralité, et surtout son existence, alors que dans d'autres régions chez le même malade il n'y a pas la moindre hyperexcitabilité réflexe, qui est en faveur de lésion organique du système nerveux. M. de Bechterew dit encore: On trouve aussi le phénomène rotulien, de même que le clonus podalique, avec ou sans ce dernier, quelquefois dans des affections fonctionnelles avec hyperexcitabilité réflexe (hystérie, névrose traumatique), et c'est alors son intensité symétrique et sa bilatéralité qui assurent le diagnostic de névrose fonctionnelle.

Les formes rares du tremblement clonique de l'extrémité supérieure (convulsions de la main par extension des fléchisseurs profonds) — (tremblements convulsifs de tout le bras par extension du biceps et des muscles de l'épaule) —, indiquent, de même que les formes rares du clonus musculaire des extrémités inférieures : une hyperexcitabilité réflexe du système nerveux, car ils sont toujours accompagnés d'une forte exagération des réflexes tendineux — l'existence d'une affection organique du système nerveux central, car, d'ordinaire, on n'observe pas ces phénomènes dans les maladies fonctionnelles. P. Keraval.

VI. Contribution a la physiologie de la racine spinale du trijumeau ; par A. Wallenberg. (*Neurolog. Centralbl.* XV, 1896.)

Expériences sur 15 lapins, ayant pour but de déterminer la place de la racine spinale du trijumeau et de son noyau, dont voici provisoirement les résultats quant à la racine sensitive du nerf:

1° Dans le territoire du premier segment cervical, les deux tiers antérieurs de la corne postérieure et sa calotte témoignent de très constantes relations avec la sensibilité cutanée de la région temporale de l'œil du même côté. Un peu moins certaine est l'influence de sa partie postérieure sur la région du dos du nez et la région maxillaire ; 2° La partie postérolatérale du faisceau de Burdach paraît (?) être en rapport avec l'innervation de la pupille. 3° Dans la région de l'entrecroisement des pyramides, on peut avec certitude distingner un territoire antérieur destiné à la région latérale de l'œil et un territoire postérieur dont la lésion entraîne une anesthésie localisée à l'angle de la mâchoire. Entre ces deux

territoires existe le segment radiculaire qui innerve le nez et la partie contiguë de la lèvre supérieure. 4° La destruction du territoire postéromédian de la substance gélatineuse à la même hauteur pourrait bien entraîner des troubles de la muqueuse buccale. 5° Au niveau de l'ouverture du canal central les territoires en rapport avec la peau de la face n'occupent que la moitié antérieure de la coupe transverse de la racine. 6° Les parties postérieures du noyau et la corne dorsale de la demi-lune radiculaire sont en relation très étroite avec la sensibilité de l'œil. Leur destruction a engendré non seulement une anesthésie cornéenne de plusieurs semaines, mais un ramollissement consécutif du globe de l'œil qui a persisté pendant des semaines. Quelques heures après cette opération, s'installait une kératite qui guérissait malgré la persistance de l'anesthésie cornéenne, alors que les paupières, dès le début anesthésiques, récupéraient leur sensibilité. Ce ramollissement du globe oculaire doit être tenu pour un trouble trophique et non pour la conséquence de l'anesthésie. 7° En arrière du territoire radiculaire qui vient d'être décrit dans le noyau de Burdach et aux envrions on rencontre une zone qui paraît être en rapport constant avec l'innervation de l'iris. Si on la lèse seule, sans atteindre les parties voisines du noyau, la pupille se rétrécit au maximum. 8° en même temps que ce phénomène de déficit de la sensibilité, se produisaient certains troubles moteurs dont la relation avec les lésions accessoires est évidente. La destruction coexistante de fibres cérébelleuses, due à l'intervention opératoire expliquerait, à l'occasion, les mouvements d'aiguille, de manège, de rotation du côté lésé, ainsi que les phénomènes ataxiques. Dans le cas de parésie des extrémités du même côté, dans les opérations portant sur le haut de la moelle cervicale, il est naturel de l'expliquer par la coatteinte des fibres pyramidales. P. Keraval.

VII. Les allures électriques du nerf radical dans les paralysies par compression; par S. Lœwenthal. (*Neurolog. Centralbl.*, XV, 1896.)

Observation I. — Etude de la réaction électrique et mécanique du radical et des muscles qu'il anime dans un cas de paralysie par compression de radical, Tableaux. Tracés. Lenteur des convulsions directes et indirectes, tandis que l'excitabilité du nerf n'est pas amoindrie et que l'excitabilité galvanique du muscle est augmentée. Apparition relativement rapide de KOZ et KSTe.

Observation II. — Absence de toute autre altération quantitative. Apparition prématurée de KOZ et KSTe.

Observation III. — Survenance en temps voulu de la convulsion minima par KS et faible diminution de l'excitabilité faradique

indirecte, le reste comme dans l'observation II. Apparition rapide de KOZ et KSTe. Dans ces deux dernières observations le décours des contractions ne paraît pas modifié. P. KERAVAL.

VIII. CONTRIBUTION A L'ÉTIOLOGIE DU TROUBLE DE LA SENSIBILITÉ DE BERNHARDT A LA CUISSE; par A. DE LUZENBERGER. (*Neurolog. Centralbl.*, XV, 1896.)

Il y a cinq ans, dit l'auteur, en traversant rapidement ma chambre, je me heurtai la cuisse gauche contre un angle de mon bureau; il en résulta une contusion dont les traces persistèrent quelques jours, puis j'éprouvai de temps à autre, aux changements de temps, des picotements en cet endroit. Il y a huit jours, j'eus une amygdalite folliculeuse qui guérit en une semaine. Pendant la convalescence, sur une étendue large comme la paume de la main, j'éprouvai à l'endroit où je m'étais heurté, une sorte de gêne, comme si l'on m'y avait placé un appareil; les mouvements et le moindre contact y déterminaient les sensations du pincement; en y passant la main je ressentais une légère douleur; la marche m'incommodait. L'auteur précise les dimensions de l'endroit affecté, qui correspond au territoire innervé par le fémoro-cutané. Sensibilité tactile conservée, bien localisée par le patient, mais exagérée : une légère piqûre fait l'effet d'une brûlure; il en est de même des pointes du compas de Weber, d'ailleurs presque à la même distance à droite et à gauche. Le farado-æsthésiomètre d'Erb, donne les résultats suivants : la bobine secondaire étant écartée de 11 centimètres, le malade, dans la région correspondante du côté droit, ressent d'abord un fourmillement, puis bientôt des picotements; à gauche, c'est d'emblée une forte brûlure. Le traumatisme, conclut M. de Luzenberger, en modifiant la structure du lacis nerveux, a permis l'action des micro-organismes de l'intoxication amygdalitique sur le nerf (névrite). P. KERAVAL.

IX. DES SENSATIONS PATHOLOGIQUES SIMPLES ET ASSOCIÉES CHEZ LES ALIÉNÉS; par W. DE BECHTEREW. (*Neurolog. Centralbl.*, XV, 1896.)

Toute sensation se compose de la qualité, de l'intensité, de la nuance ou timbre, c'est-à-dire du sentiment de plaisir ou de déplaisir qu'elle laisse en nous. Ce n'est pas tout. Il est certaines sensations qui provoquent dans un autre territoire une autre sensation. C'est ainsi que l'action d'une trop vive lumière sur la rétine provoquera du chatouillement dans la muqueuse nasale. Quelle que soit la théorie (réflexe ou transmission régionale), il faut, pour produire ce phénomène, une notable intensité de la sensation première. Chez les nerveux, la nuance sentimentale d'une sensation est transformée à cause de l'altération de leur excitabilité physiologique

ou de la conductibilité de leurs tissus, de sorte que, d'agréable, elle peut devenir désagréable ou douloureuse. Cette hyperirritabilité (exemple : la douleur dans l'hyperesthésie), en exagérant l'intensité d'une sensation, normale ou morbide, provoquera justement sa propagation à d'autres territoires du système nerveux. De là chez l'aliéné les sensations morbides et les cosensations ou sensations associées toutes particulières qui modifient ou expliquent l'évolution morbide, les allures du psychopathe, la genèse de telles ou telles idées délirantes créées souvent par les sensations anormales ou les hallucinations sensorielles.

Voici (obs. I) un délirant chronique halluciné qui de temps à autre, sans cause apparente, ressent au bas de l'épine dorsale un chatouillement; il croit qu'il a besoin d'aller à la selle, se rend aux water-closets, et le besoin de déféquer cesse aussitôt. Le malade croit à des influences sensationnelles. Parfois il ne peut regarder son interlocuteur, parce qu'alors le visage de celui-ci demeure devant ses yeux. Puis, quand il regarde quelqu'un dans les yeux, il ressent dans le pénis une sensation comparable à celle qui précède le débit de l'urine. Mais cette sensation peut à son tour disparaître lorsqu'il regarde à nouveau fixement la personne qui lui parle; de là son attitude. Il n'a pas de signe objectif de lésion vertébrale, rectale, sexuelle. Ces sensations associées n'ont pas d'autre action sur sa conscience ; il n'est pas rare qu'il critique ses hallucinations.

Autre exemple où des sensations simples et associées de nature morbide ont, ainsi que des hallucinations sensorielles, *donné naissance à des idées délirantes* (obs. II). Il s'agit d'une jeune fille persécutée de vingt-neuf ans, affectée d'hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, avec sensations associées de l'ouïe, du tact, de la vue. Toutes les personnes de la clinique, complotant contre elle (c'est elle qui parle), ne lui ont fait que du mal. Les infirmières ont murmuré quelque chose contre elle au professeur qui pour cette raison, n'est pas venu la voir ; elles entrent d'ailleurs, fréquemment dans sa chambre pour respirer et corrompre l'air qu'elle respire ; elles ont porté la main sur elle. Il n'est pas rare qu'elle voie dans sa chambre son propre frère ; elle décrit sa figure, son attitude, décrit son habillement, montre la place où il s'est assis, entend sa voix qui lui dit qu'il s'efforce de l'assister, de la sauver. Les sensations associées pathologiques ou douloureuses de cette malade se reconnaissent à ce que, pendant qu'on lui cause de choses ordinaires, elle fait une grimace de douleur, se bouche les oreilles avec les doigts et vous prie de ne pas répéter ce qu'on vient de lui dire, parce que ce sont des paroles qui lui ont endolori les oreilles. Tantôt elle attribue cette vertu aux mots « ja — wasser — nicht lieben » — tantôt c'est aux mots « gut — essen sie », A d'autres moments, elle se croit aveugle, elle ne peut

ouvrir les yeux, il lui est passé des éclairs dans l'œil droit ; c'est parce qu'elle n'a pas fumé, ou fumé en temps voulu, parce que la servante ne lui a pas, à l'heure opportune, donné une serviette à l'aide de laquelle elle se fût couvert la tête. De là, se attitudes à l'égard des objets et personnes qui l'entourent ; tel médecin lui est odieux parce qu'il est grossier à son égard, ou désagréable ; elle éprouve des sensations désagréables quand elle touche la table, les murs de la chambre, l'accoudoir de la fenêtre, etc., etc.

P. KERAVAL.

X. L'ÉTAT DU CIRCULUS NUTRITIF DANS UN CAS SPÉCIAL DE FOLIE CIRCULAIRE ; par A. SCHŒFER. (*Neurolog. Centralbl.*, XV, 1896.)

Il s'agit de l'observation de C. Westphal (*Charité Annalen*, t. XI, 1896) caractérisée par de l'atrophie musculaire avec atteinte des muscles de la face, compliquée de folie circulaire entée sur un délire systématisé chronique. Il y a alternance continue de périodes d'exaltation et de dépression avec ou sans intervalle de calme. La période d'exaltation coïncide régulièrement avec une excrétion considérable de l'urine dans les vingt-quatre heures, atteignant 6,000 cent. cubes, la densité s'abaissant à 1001. La période de dépression se traduit par une diminution considérable de l'émission d'urine, qui ne dépasse plus 300 cent. cubes dans les vingt-quatre heures ; alors la densité monte à 1031. L'urine n'est jamais pathologique. Pendant ces deux phases, la malade (âgée de soixante quatre ans) prend tou à peu près la même quantité d'aliments solides ; mais il lui faut pendant la période d'exaltation ingurgiter d'incroyables quantités de café froid, léger, jusqu'à 10.000 cent. cubes par jour. Son poids à peu près stationnaire, oscille entre 56 et 63 kilogs ; à peine perd-elle quelques livres à la phase d'acné de la période d'exaltation. On a chimiquement déterminé, parallèlement dans les deux périodes l'élimination de l'azote total et de l'azote représenté par l'acide urique et la série xanthique, l'alloxane ou les corps qui en fournissent. Voyez les tableaux. Il en résulte que, pendant la période d'exaltation la malade excrète proportionnellement plus d'alloxanes, c'est-à-dire d'acide urique et d'éléments xanthiques, parce que pendant cette période il se forme, dans la nutrition, plus d'azote, qui apparaît dans l'urine à l'état d'acide urique et d'éléments xanthiques, que pendant la période de dépression. L'azote de ces corps provient de substances qui contiennent de la nucléine ; elles sont éliminées par les noyaux des cellules, pendant la fonte des tissus du corps. Il y a donc en réalité, pendant la période d'exaltation destruction des tissus de l'organisme exprimée par la petite perte de poids signalée

P. KERAVAL.

XI. Du centre des muscles du tronc dans la région sensitive de l'écorce du cerveau ; par M. Rothmann. (*Neurolog. Centralbl.*, XV, 1896.

Cinq expériences chez le chat et le chien permettent de formuler: 1° Le centre cortical des membres, localisé dans les ascendants, n'a chez ces animaux aucun rapport avec les muscles du tronc ; 2° les incurvations de la colonne vertébrale, qui succèdent, chez eux, à l'excitation électrique des régions en question, sont toujours secondaires ; elles résultent de la vive contraction du psoas iliaque ou des muscles de l'omoplate, sans que les muscles du dos soient le moins du monde animés; 3° Les phénomènes de déficit qu'ont observés Unverricht et Kusick après avoir extirpé la région correspondant aux membres, dans l'expérience connue sous le nom d'*expérience de la table*, tiennent non pas à une perte de la fonction des muscles du dos du même côté, mais à celle des muscles auxiliaires du côté opposé et avant tout à celle du psoas iliaque ; 4° il n'y a donc point chez le chien de fibres homolatérales du faisceau pyramidal subissant, comme le veut Unverricht, un second entrecroisement dans la substance grise de la moelle dorsale et unissant les centres des membres avec les centres médullaires des muscles du tronc.

Quatre nouvelles expériences, qui semblaient indiquer la probabilité d'une union directe entre le cerveau frontal et les centres médullaires des muscles du tronc du côté opposé, sont contredites par l'étude microscopique des pièces. Aussi, chez l'un de ces animaux, tué trois semaines après l'opération de la réparation du cerveau frontal, il n'existait, ni dans la moelle, ni dans l'entrecroisement des pyramides, ni dans le bulbe, aucune trace de dégénérescence, tandis que dans la région des membres on trouvait une dégénérescence partant du cerveau frontal et se dirigeant en arrière et en bas (méthode de Marchi). S'il y a par conséquent une union avec les muscles du tronc, cette union subit dans le cerveau moyen une interruption par des cellules nerveuses. Lesquelles ? C'est à chercher. P. Keraval.

XII. Sur les terminaisons nerveuses dans la dure-mère cérébrale de l'homme ; par V. Acquisto et E. Pusateri. (*Riv. di. pat. nerv. et ment.*, fasc. 7, 1896.)

XIII. Modifications du nucléole de la cellule nerveuse par l'empoisonnement strychnique et chloroformique ; par Giuseppe Manasseri. (*Riv. di. pat. nerv. et ment.*. fasc. 7, 1896.)

XIV. Sur une forme surtout ataxique de crampe des écrivains avec quelques considérations sur la pathogénie des spasmes fonctionnels ; par E. Belmonds. (*Riv. di. pat. nerv. et ment.*, fasc. 8, 1896.)

XV. Empoisonnement expérimental par l'acétate d'urane; dégénération systématique de la moelle épinière; par Raffaële Gurrieri. (*Riv. di. pat. nerv. et ment.*, fasc. 8, 1896.)

XVI. Nouvelles données et nouveaux problèmes sur la pathologie de la cellule nerveuse; par E. Lugaro. (*Riv. di. pat. nerv. et ment.*, fasc. 8, 1896.)

XVII. Recherches expérimentales sur les altérations des cellules nerveuses dans l'intoxication alcoolique aiguë; par H. Dehio. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XVIII, N. F. vi, 1895.)

Etude sur la lecture de la *cellule de Purkinje* (écorce céribelleux) par la méthode de Nissl (bleu de méthylène) chez le lapin empoisonné soit par l'injection gastrique (à l'aide de la sonde œsophagienne) soit par des injections sous-cutanées. A l'aide de 7 à 10 centimètres cubes d'alcool à 40°, on produit d'abord l'ivresse que l'on entretient ensuite par des doses de 5 centimètres cubes; chaque séance consomme 20 à 25 centimètres cubes. L'animal ayant été ainsi empoisonné pendant plusieurs heures, si on veut le maintenir vivant, on l'enveloppe dans des couvertures de laine, afin d'éviter le refroidissement. Un des lapins put ainsi subsister trente-quatre heures, y compris la nuit intermédiaire pendant laquelle il s'était complètement ranimé. Les autopsies ont été faites immédiatement après la mort et les pièces ont été comparées à celles de deux animaux de la même portée.

Toutes les fois que l'ivresse a duré assez longtemps, on a vu : 1° les fines mailles de la substance colorable remplacées par des granulations assez égales, mais irrégulièrement disposées; 2° un ton légèrement bleuâtre dans la substance non colorié; 3° les lésions occupent soit toute la cellule, soit une partie de la cellule, dès que les granulations des prolongements demeuraient indemnes constamment: 4° intégrité eu noyau et du nucléole; 5° quelle que fût l'intensité des altérations, il s'en fallait de beaucoup que toutes les cellules fussent atteintes.

Les mêmes altérations, bien plus marquées, se retrouvèrent chez un chien enivré pendant trente heures. Utilité très grande de la microphotographie. P. Keraval.

XVIII. De l'hétérotopie de la moelle; par B. Nagy. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F. vii, 1896.)

Pendant quelques semaines qu'il passe dans le laboratoire du professeur Laufenauer, l'auteur constate quatre fois l'hétérotopie de la moelle chez l'homme. Il s'agissait de trois déments séniles et d'un paralysé général. Ce *déplacement de la substance grise* était

simple dans trois cas, compliqué de réduplication dane un cas, et, chose particulière, le tout dans la moelle cervicale. Origine embryonnaire indéniable (voir les descriptions). D'ailleurs, sur cent individus, malades ou sains, on trouve dans la moelle un grand nombre de parties dont le développement est certainement anormal, sans parler des petites irrégularités de structure; ainsi des différences entre les cornes antérieures et postérieures droites et gauches.

Cela ne veut pas dire que ces anomalies prédisposent à une affection du système nerveux; pour décider de la question il faudrait, en tous cas examiner beaucoup de moelles d'individus n'ayant jamais eu de maladie du système nerveux. De nombreux examens cliniques pourrraient seuls aussi indiquer si les hétérotopies en question se traduisent par des symptômes locaux. Les quatre faits précédents concernent des individus ayant atteint un âge avancé, sans avoir auparavant, dans le jeune âge, présenté de symptômes qui dénotassent d'affection nerveuse. Point à noter, ce genre de préparation est très difficile à durcir. P. Keraval.

XIX. Etude sur les sensations illusoires des amputés; par le professeur Pitres. (*Annales médico-psychologiques*, avril 1897.)

C'est un fait de connaissance courante que les amputés éprouvent fréquemment des sensations désagréables ou douloureuses, qui leur paraissent siéger dans les parties du corps qu'ils ont perdues. Depuis les recherches de Müller sur la transmission des impressions sensitives, on admet généralement que les sensations illusoires des amputés ont leur point de départ et leur raison d'être dans l'irritation des filets nerveux contenus dans la cicatrice des moignons. On se demande cependant depuis quelque temps si cette manière de voir suffit à rendre compte de tous les phénomènes observés et si, en l'absence d'irritation périphérique, des processus purement psychiques ne peuvent pas créer de toutes pièces ou modifier notablement les sensations étranges perçues par les amputés.

Dans la première partie de son travail, l'auteur décrit les sensations illusoires dont se plaignent les amputés avec leurs caractères fréquence des sensations illusoires (96,87 p. 100); date et durée de leur apparition; forme, volume, écartement, température, mobilité de l'extrémité fantôme; douleurs spontanées siégeant dans les extrémités fantômes, névralgies des moignons, syncinésies; accidents résultant de la sensation illusoire des amputés; disparition spontanée des sensations illusoires; état mental des amputés.

Reprenant ensuite l'étude des faits sur lesquels repose l'interprétation psycho-physiologique de ces sensations, M. Pitres montre que l'illusion en vertu de laquelle l'amputé s'imagine porter, à la place de l'extrémité qu'il a perdue, « un membre fantôme qui le

suit partout » est étroitement liée à l'état des nerfs contenus dans la cicatrice du moignon. Elle disparaît quand on anesthésie ces nerfs à la cocaïne; elle reparaît quand on les excite par la faradisation. Il est à remarquer que les filets nerveux compris dans la cicatrice y conservent toute leur indépendance fonctionnelle et que l'excitation isolée de chacun d'eux donne lieu le plus souvent à des sensations distinctes qui sont rapportées par les sujets aux extrémités périphériques des nerfs excités.

D'autre part, les sensations illusoires des amputés peuvent être influencées, dans une certaine mesure, par des phénomènes d'ordre psychique. La fixation de l'attention leur donne plus de netteté. Certaines associations d'idées ou de sensations les rendent plus précises; mais elles ne sont jamais créées de toutes pièces par le cerveau. L'amputé ne localise des perceptions sur un point quelconque des membres absents que s'il a, au préalable, la notion illusoire de l'existence de ces membres, et cette notion est toujours d'origine périphérique. E. BLIN.

XX. UN CAS DE MOUVEMENTS DU MEMBRE INFÉRIEUR DROIT ASSOCIÉS A L'EXERCICE DE LA PAROLE CHEZ UN APHASIQUE; par M. SAINTON.

Certains hémiplégiques présentent des mouvements spéciaux désignés sous le nom de mouvements associés.

Tel ce malade paraphasique dont l'observation est rapportée par M. Sainton, qui présente des mouvements associés toujours les mêmes, se produisant à l'occasion de l'élaboration et de la prononciation des mots, associés par conséquent non pas au fonctionnement des lèvres et de la langue, mais à l'ensemble des actes nécessaires à l'émission du son articulé. Quand on cause avec le malade assis sur une chaise dans la position normale, on ne tarde pas à constater que son membre inférieur du côté droit paralysé est animé, pendant qu'il parle, de mouvements particuliers : la cuisse se soulève, la jambe se fléchit sur la cuisse à angle droit, le pied s'étend sur la jambe de façon que le talon se détache du sol, en même temps que le talon est animé d'oscillations latérales en dedans et en dehors. Ces mouvements, peu marqués au début de la conversation, augmentent et, de temps à autre, sont accompagnés d'un mouvement subit d'extension de la jambe sur la cuisse qui porte la pointe du pied violemment en avant pour la ramener d'ailleurs presque aussitôt à sa position première.

Il paraît vraisemblable d'admettre que, dans ce cas, l'ensemble des actes nécessaires pour l'élaboration des mots nécessite des efforts d'attention qui suppriment la fonction d'arrêt du cerveau sur les fibres motrices: la réflectivité médullaire se montrerait alors exagérée par suite même de la suspension de l'action frénatrice du faisceau pyramidal. (*Revue neurologique*. Juillet 1897.) E. B.

XXI. PATHOLOGIE GÉNÉRALE DE LA CELLULE NERVEUSE (*lésions secondaires et primitives*); par M. G. MARINESCO. (*Presse médicale*, 27 janvier 1897.)

Dans ce travail, l'auteur s'est, dit-il, « simplement attaché à montrer combien est mobile et fugace l'expression des lésions primitives de la cellule nerveuse et combien celles-ci diffèrent toujours des lésions secondaires dans leurs caractères essentiels ».

M. Marinesco prend pour type la cellule nerveuse de la corne antérieure, qui est composée de trois parties distinctes : 1° une substance fondamentale achromatique contenant : 2° les éléments chromatophiles, constitués par des granulations réunies entre elles par une substance amorphe ; 3° une substance d'aspect fibrillaire ou strié dans les prolongements protoplasmiques et dans le cylindre-axe, semblant former un réseau intra-cellulaire. Au centre de la cellule est le noyau avec son nucléole ; autour du noyau, se trouve une couche concentrique d'éléments chromatophiles qui, à la périphérie, s'irradient dans les prolongements protoplasmiques ; le cylindre-axe est dépourvu de ces éléments.

Lorsqu'on sectionne un nerf moteur, on observe dans le centre d'origine de ce nerf des lésions secondaires, caractérisées tout d'abord par une phase de réaction et par une phase de dégénérescence. Au cours de ces deux phases se produit la désintégration de la substance chromatique qui commence au voisinage du cylindre-axe ; puis cette chromatoylse s'étend, le noyau se place excentriquement ; enfin la striation du corps cellulaire et des prolongements protoplasmiques disparaît et les éléments chromatophiles se résolvent en une fine poussière. Les mêmes lésions s'observent à la suite de la section des nerfs sensitifs et des nerfs sympathiques.

La dégénérescence de la cellule ne conduit pas toujours à son atrophie ; dans un grand nombre de cas, une phase de réparation succède à la phase de dégénérescence. A cette période les cellules lésées se distinguent par leur hypertrophie et par leur coloration foncée résultant de l'augmentation de volume des éléments chromatophiles. Ces données trouvent leur application dans l'étude des névrites dégénératives. Ces névrites s'accompagnent d'une réaction à distance dans les centres des nerfs lésés, on doit observer dans la moelle des sujets qui en sont atteints les lésions correspondant aux trois phases de réaction, de dégénérescence et de réparations. M. Marinesco et d'autres auteurs ont apporté des faits à l'appui de cette manière de voir.

La connaissance de la réaction à distance éclaire aussi d'un jour nouveau la question de la névrite ascendante. La réaction à dis-

tance diffère de la névrite ascendante par ce fait qu'elle laisse intacte la continuité du nerf. Or, dans un groupe de ces soi-disant névrites ascendantes où le poison est peu diffusible, il se produit une répercussion sur la moelle avant que la portion nerveuse intermédiaire soit atteinte. Dans ces cas la dénomination de névrite ascendante ne répond pas à la réalité des faits.

De même, dans les altérations de la moelle consécutives aux amputations on a souvent affaire à une réaction à distance et non à une névrite ascendante, comme on l'a admis jusqu'à maintenant. Les mêmes considérations s'appliquent à la dégénérescence rétrograde. Tandis que le type des lésions secondaires est unique, celui des lésions primitives est essentiellement variable.

L'auteur examine ces lésions primitives dans l'anémie expérimentale les embolies expérimentale, la rage, le botulisme, le tétanos et l'urémie expérimentale.

De cette étude il ressort que la première altération, que l'on rencontre dans la plupart des cas de lésions primitives, semble bien être la désagrégation des éléments chromatophiles ou chromatolyse ; mais la chromatolyse peut être périphérique, comme dans l'anémie pernicieuse, la rage, l'anémie expérimentale, le botulisme, l'urémie expérimentale ; ou bien elle est périnucléaire (intoxication expérimentale par l'arsenic, paralysie de Landry), ou encore elle peut être diffuse partielle ou générale. Ces divers types de chromatolyse, qui ne sont peut-être pas les seuls, sont susceptibles de se combiner de diverses manières. Ce qui caractérise et ce qui fait surtout la gravité des lésions primitives, c'est l'altération de la substance achromatique, soit du protoplasma, soit du noyau. Cette altération consiste, tantôt en une désintégration moléculaire (achromatylose), tantôt en une coagulation et probablement une transformation chimique qui fait de la substance achromatique une masse incolore, d'aspect vitreux. Dans les deux cas, elle aboutit à la mort de la cellule nerveuse.

On observe aussi dans les lésions primitives, une colorabilité intense de la substance achromatique. Toutes les fois que la substance achromatique est très altérée, les cellules névrogliques qui se trouvent au voisinage des cellules nerveuses s'hyperplasient et jouent le rôle de neurophages. Il existe aussi, dans la plupart des cas d'affections primitives des centres nerveux, des lésions vasculaires qui font presque défaut dans les lésions de réaction à distance ou lésions secondaires. Les lésions primitives elles-mêmes présentent des différences histologiques qui permettent de les distinguer jusqu'à un certain point les unes des autres. Les divers poisons agissent d'une façon différente sur la même espèce de cellule, et le même poison a une action différente sur les diverses espèces de cellules nerveuses.

A. Fenayrou.

XXII. Arrêt de développement du membre supérieur consécutif a un traumatisme datant de l'enfance. — Atrophie musculaire numérique; par M. J. Klippel. (*Revue médicale*, 31 juillet 1897.)

L'auteur relate l'observation suivie d'autopsie d'un malade ayant présenté un arrêt de développement du membre supérieur consécutif à un traumatisme du coude. L'examen histologique des muscles, des os, de la moelle et des nerfs a démontré qu'il s'agissait d'un cas d'atrophie numérique affection caractérisée par le seul défaut du nombre des éléments d'un muscle, d'un os, d'un nerf, sans diminution de volume de ces éléments, ni altération de leur structure (diagnostic avec l'atrophie simple et l'atrophie dégénérative).

L'atrophie numérique, localisée ou généralisée ne s'observe qu'à la suite de maladies locales (traumatismes, brûlures, arthrites, etc.) ou générales de l'enfance. La lésion qui la constitue, consiste en la disparition définitive d'un certain nombre d'éléments anatomiques. D'après ses recherches, l'auteur pense que toutes les fibres musculaires existent à la naissance et que seul le volume de ces fibres fait la différence entre les muscles du fœtus à terme et du sujet adulte ; il est porté à croire qu'il en est de même pour les autres organes; l'atrophie numérique n'est donc pas due à un arrêt de développement d'éléments anatomiques nouveaux qui devraient apparaître avec l'âge.

Les causes, qui chez des sujets n'ayant pas atteint leur complet développement produisant l'atrophie numérique déterminent chez l'adulte, des atrophies véritables. M. Klippel fait observer que les sujets atteints d'atrophie numérique semblent prédisposés à la tuberculose, par suite de la diminution de pouvoir de régénération des tissus. A. Fenayrou.

XXIII. Étude clinique du dynamisme psychique; par H. Aimé. Paris, O. Doin, 1897.

Rien de bien nouveau sous ce titre un peu pompeux, mais beaucoup de faits assemblés et présentés sous une forme assez concrète et rendant cette thèse intéressante, malgré une pléthore d'observations dont certaines sont excellentes, mais dont un grand nombre, moins nécessaires, hachent et morcellent la dissertation, nuisant ainsi à la netteté de l'ouvrage. L'auteur y poursuit l'étude des troubles nerveux sans lésions pour en déterminer la genèse, l'évolution, les conditions essentielles, et pour chercher s'ils peuvent arriver à modifier des troubles organiques concomitants ou à produire eux-mêmes des troubles organiques. Il définit ainsi l'élément dynamique morbide : « Toute action nerveuse anormale qui ne correspond à aucune altération organique apparente connue et durable se compose d'idées, d'émotions et dépend de l'individualité

psychique. Elle est susceptible d'être effacée par une autre action dynamogénique thérapeutique telle que la suggestion. » C'est dire que ce travail est composé à la plus grande louange de l'école de Nancy et de la suggestion. Il se termine par un essai de diagnostic et de pronostic et un résumé de leur traitement, celui-ci étant développé tout au long de l'ouvrage; un peu plus de théories psychologiques et une bibliographie plus nourrie lui donneraient un intérêt réel. F. Boissier.

XXIV. Trajet suivi par les fibres du goût; par Francis Dixon. (*The Edinburgh medical Journal*, avril 1897.)

La question du trajet que suivent pour se rendre de la langue au cerveau les fibres nerveuses préposées à la gustation, est loin d'être élucidée, malgré les nombreux travaux des physiologistes modernes. Récemment encore, Gowers, à propos d'un cas de paralysie complète et isolée du trijumeau, avec abolition du goût, cas publié dans ce journal et analysé précédemment par nous, *Revue de neurologie* (*Edinburgh med. J.*, janvier 1897), était amené à admettre que tous les nerfs du goût gagnent le cerveau par la voie du trijumeau. Les partisans de cette théorie donnent aux nerfs en question un trajet très compliqué, « qui nous laisse sceptiques, dit l'auteur, tant qu'il ne sera pas démontré absolument exact ». Les fibres qui reçoivent les impressions gustatives dans les 2/3 antérieurs de la langue passent, comme on le sait, dans le nerf lingual; elles le quittent par la corde du tympan pour rejoindre le nerf facial. Là, d'après la théorie en question, ces fibres suivraient le grand nerf pétreux superficiel, qui, par le nerf vidien, les apporte au ganglion de Meckel, et elles gagneraient ensuite le cerveau par le nerf maxillaire supérieur, deuxième branche du trijumeau. Quant aux fibres gustatives de la partie postérieure de la langue, elles passent d'abord dans le glosso-pharyngien. Mais elles le quitteraient par le nerf de Jacobson pour gagner le plexus tympanique. Elles aboutiraient par là, soit au nerf maxillaire inférieur, troisième branche du trijumeau, par le petit nerf pétreux superficiel et le ganglion otique, soit, comme d'autres l'imaginent, au maxillaire supérieur, grâce à une anastomose existant entre le plexus tympanique et le grand nerf pétreux superficiel.

Les partisans de cette théorie se basent sur certains faits cliniques s'accompagnant d'abolition du goût, alors que le diagnostic avait localisé la lésion aux racines du trijumeau. Mais comme la plupart de ces cas n'ont pas eu de contrôle anatomique, ils perdent de leur valeur. Car, remarque Dixon, sur quoi se baser pour prétendre qu'une lésion intéressant l'origine du trijumeau ne s'étend pas plus loin? D'autant plus que la cinquième paire et la septième paire n'émergent qu'à 10 millimètres l'une de l'autre et qu'un

même processus peut les atteindre. En plus, le facial, à son passage dans l'aqueduc de Fallope, est très proche du trijumeau (3 à 4 millimètres), et si une lésion intéresse ce dernier dans sa totalité, elle est dès lors bien voisine de l'autre.

Aussi le cas de Erb, où le trijumeau était enserré dans une masse de tissu d'inflammation chronique (le malade avait présenté de l'abolition du goût), n'est pas probant aux yeux de Dixon. Il y a tout lieu de croire, en effet, que cette masse devait comprimer le ganglion géniculé du facial et que l'abolition du goût n'avait pas d'autre origine.

L'auteur invoque enfin quelques arguments originaux tirés de l'anatomie et du développement, pour prouver que les fibres du goût passent bien par le facial et le glosso-pharyngien, et non pas par le trijumeau.

Si l'on refuse aux nerfs facial et glosso-pharyngien de porter les fibres du goût, pourquoi ces deux nerfs ont-ils, comme les nerfs sensitifs, des ganglions, qui sont l'homologue des ganglions spinaux? Si la corde du tympan n'était pas une branche sensitive du facial, à quoi répondrait le nerf intermédiaire de Wrisberg, qui n'en est que la prolongation, et qui ne peut avoir que le rôle d'un conducteur centripète, puisqu'il émane du ganglion géniculé? De même pour la neuvième paire, dont le ganglion a la structure d'un ganglion spinal. Est-il possible d'admettre que le petit nerf de Jacobson contienne toutes les fibres gustatives du glosso-pharyngien?

Autre objection. A supposer que les fibres du goût gagnent le trijumeau, elles devraient traverser deux fois deux groupes de ganglions : 1° celles du facial, le ganglion géniculé et le ganglion de Meckel; 2° celles de la neuvième paire, le ganglion d'Andersch e le ganglion otique.

Ce serait là un fait exceptionnel, dérogeant au trajet habituel des nerfs sensoriels.

L'auteur démontre d'ailleurs, en se basant sur des recherches personnelles, que la corde du tympan est une branche *afférente* du facial, de même que le nerf de Jacobson est une branche *afférente* du glosso-pharyngien; la conduction nerveuse doit donc se faire dans le même sens. On sait que les cylindraxes des nerfs sensitifs sont les prolongements de cellules ganglionnaires semblables à celles des ganglions spinaux.

Ces mêmes cellules donnent naissance, d'une part, à des prolongements périphériques qui constituent le nerf, d'autre part, à des prolongements centraux qui gagnent le cerveau ou la moelle (racines postérieures). Le nerf transmet les impressions sensibles au ganglion dont il émane, et de là elles gagnent le cerveau ou la moelle par les racines sensitives. Telle est la loi générale. Or, l'étude du développement de la corde du tympan chez l'embyron

a révélé à Dixon des points intéressants. Ce nerf est à l'origine, indépendant du lingual, il émane du ganglion géniculé; en sa qualité de nerf sensitif, c'est bien vers ce ganglion qu'il doit diriger l'influx nerveux. De même, le grand nerf pétreux superficiel émane du même ganglion, et ce n'est que très tard qu'il entre en rapport avec le trijumeau. De même encore, le nerf de Jacobson est une émanation du ganglion d'Andersch. Si ces nerfs conduisaient les sensations au trijumeau, ce serait une exception à la loi générale. N'est-il pas évident, au contraire, à l'appui de ces faits nouveaux, qui viennent corroborer les résultats expérimentaux, que les impressions gustatives gagnent le cerveau par la voie du facial et du glosso-pharyngien? P. Rellay.

XXV. État actuel de l'anatomie et de la pathologie des cellules nerveuses; par F. Nissl. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XVIII, N. F. vi, 1895.)

Exaltation des études sur les réactions *chromophiliques* des cellules! Nissl prétend que maintenant nous connaissons exactement le mode de manifestation du réactif sur la cellule nerveuse, et que nous pouvons en distinguer les dessins artificiels produits sur un tissu mort. De là, à nettement différencier les dessins histochimiques dus à des altérations pathologiques, il n'y a qu'un pas. Que les neurones soient la dernière unité anatomique; que les prolongements nerveux, les collatérales, les ramuscules terminaux et les dendrites représentent des organes conducteurs et de contact, la cellule nerveuse n'en reste pas moins l'article spécifique par excellence, essentiel du neurone, surtout si c'est la variété de structure de la cellule qui implique la variété de fonction qu'elle donne au neurone. C'est cette structure que la chromophilie permettra de révéler (voir les travaux de Nissl). P. Keraval.

XXVI. Questions critiques relatives a l'anatomie des cellules nerveuses; par F. Nissl. (*Neurolog. Centralbl.*, XV, 1896.)

M. Benda a critiqué la division des cellules nerveuses de Nissl, disant que les dénominations proposées par celui-ci ne sauraient constituer des types puisqu'entre elles on trouve toutes les transitions (*Neurolog. Centralbl.*, 1895). — M. Nissl répond par une argumentation technique qui n'ajoute rien à sa théorie vraie ou fausse.
P. K.

XXVII. Contribution a l'étude des troubles de la sensibilité cutanée; par L. Lœwenfeld. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XIX, N. F.. vii, 1896.)

Résumé des phénomènes relatifs aux troubles de la localisation de la sensation; aux troubles de l'appréciation des distances de

deux sensations; aux troubles de la perception. — *Conclusions* : 1° la localisation est un élément accessoire de la sensation tactile, élément qui peut se trouver isolément supprimé; 2° dans une région cutanée où deux contacts ne sont point perçus séparément, il est cependant encore possible de constater la distinction d'une certaine distance dans les contacts, et cette appréciation peut avoir une remarquable précision; 3° en outre des symptômes permanents (phénomènes de déficit) nous trouvons, lorsque la sensibilité cutanée est fort endommagée, des phénomènes de fatigue et d'interférence d'origine spinale et peut-être aussi d'origine périphérique dont on doit tenir compte. P. K.

XXVIII. Surfonction de la glande pituitaire. Géantisme et acromégalie : par B. Massalongo. (*Centralbl, f. Nervenheilk*, XVIII, N. F., VI, 1895.)

L'acromégalie est le géantisme tardif anormal. Due à la persistance de la fonction de cette glande fœtale qui n'a pas subi l'involution nécessaire à l'âge de vingt ans. Rapprochements entre les géants et les acromégaliques. Chez les acromégaliques cachectiques, il y a lésion de la glande pituitaire. P. K.

XXIX. Des lacunes musculaires congénitales : par S. Kalischer. (*Neurolog. Centralbl.*, XV, 1896.)

Etude clinique comparative et différentielle de deux observations dans lesquelles il y avait *absence des pectoraux des deux côtés* (fillette de douze ans) ou *du côté gauche* (garçon de huit mois). Ces observations rapprochées des autres faits publiés, actuellement au nombre de 61, permettent d'établir de nombreuses variétés soit en ce qui concerne les atrophies musculaires soit en ce qui regarde les phénomènes concomitants. Sont-elles dues à des *aplasies simples* indépendantes du système nerveux central, dérivent-elles *d'absences ou d'atrophies des centres spinaux trophiques* (lésions des cornes antérieures)? On ne sait. Enfin sont-elles bien congénitales? Ne sont-elles pas plutôt dues à des lésions pathologiques acquises mais précoces? et notamment à la dystrophie musculaire, progressive, précoce, mais arrêtée dans son développement? Cette dernière manière de voir est repoussée par l'auteur. D'abord il existe en même temps d'autres malformations; puis presque constamment la défectuosité est unilatérale; il n'y a pas de paralysie ni de troubles fonctionnels essentiels. Ce sont les mêmes difficultés que l'on a à vaincre quand on se trouve en présence d'absences de muscles à la face et aux yeux. L'auteur fournit en terminant une troisième observation type d'absence des muscles de la poitrine unilatérale congénitale avec anomalies de développement du squelette, syndactylie, etc. P. Keraval.

XXX. Les longs tractus sensitifs de la substance grise de la moelle et leur dégénérescence expérimentale; par A. Ciaglinski. (*Neurolog. Centralbl.*, XV, 1896.)

La substance grise de la moelle contient trois sortes de fibres nerveuses : 1° les unes viennent des faiceaux pyramidaux ; 2° les autres, des racines postérieures ; 3° les dernières prennent naissance dans les cellules nerveuses de la substance grise et passent à divers endroits dans la substance blanche.

Les *racines postérieures* après leur entrée dans la substance de la moelle, dessinent un Y dont les deux branches sont l'une supérieure, l'autre inférieure. La branche inférieure forme le cordon de Schultz qui, entre le faisceau de Goll et le faisceau de Burdach, gagne, entre les deux, la ligne limitante. La branche supérieure monte dans le faisceau de Burdach et surtout dans le faisceau de Goll jusqu'au bulbe, pour se terminer dans les centres du faisceau grêle et du faisceau cunéiforme. La branche ascendante (par le faisceau de Burdach) et la branche descendante émettent à angle droit des fibres nerveuses à myéline nombreuses, qu'on appelle des collatérales (collatérales sensitives) qui, perpendiculaires à l'axe de la moelle, conséquemment parallèles au plan transversal, pénètrent dans la substance grise. Là, elles affectent quatre directions. Les unes tendent aux cornes postérieures et enlacent la substance de Rolando. Les autres se rendent aux colonnes de Clarke. Les troisièmes, aux cellules des cornes antérieures (collatérales réflexes). Les quatrièmes s'étendent jusqu'à la commissure postérieure ; ces dernières, peu développées chez l'homme, sont des plus nettes chez le chien, le lapin, et surtout le cobaye.

Les *fibres myélogènes* se dirigent en deux sens. Celles qui viennent des cellules des cornes antérieures et rayonnent dans les cordons antérieurs sont parallèles au plan transverse. Celles qui viennent des autres cellules de la moelle, surtout des cellules des colonnes de Clarke, après être sorties de la substance grise par les cordons latéraux et antérieurs de la moelle, sont parallèles à l'axe longitudinal de celle-ci.

Et, malgré la netteté de ces indications, il est impossible de retrouver le trajet de ces fibres dégénérées dans la substance grise sur des coupes transverses (méth. de Marchi), alors qu'on les voit si bien sur des moelles normales (méth. de Weiggert et Pal). Elles ont disparu sans laisser de traces. C'est à peine si l'on voit çà et là de petites raies étroites, noires, qui, des cordons postérieurs, pénètrent dans la substance grise ; aussi peu en remarque-t-on dans les cornes postérieures ou aux points où elles sortent des cornes antérieures.

Voici des expériencee qui semblent fournir un point de repère.

Chez un chien dont on a comprimé la moelle lombaire avec une forte ligature de soie (paralysie complète des pattes postérieures), on trouve au bout de quatre jours une dégénérescence secondaire ascendante d'un cordon de fibres nerveuses blanches occupant la substance grise entre les terminaisons antérieures du cordon postérieur et la paroi postérieure du canal central de bas en haut. Même résultat chez un chien tué cinq jours après écrasement de la moelle (paralysie complète). Un troisième chien tué le 24e jour après le même traumatisme révèle, au-dessous de l'endroit lésé, dans la substance grise une petite cavité exactement localisée, et dans les mêmes limites, un point du cordon en question ; de nombreuses coupes trahissent la présence de nombreuses fibres dégénérées qui, des cordons postérieurs, à côté de la ligne médiane, entrent dans la substance grise juste à la place qui correspond à la localisation de notre cordon. Il doit y avoir un rapport entre ce cordon et les fibres sensitives de la moelle. Il est probable, d'après les documents acquis de la clinique, et de la physiologie expérimentale, que le *cordon de fibres blanches qui passe par la substance grise de la moelle entre les terminaisons antérieures des cordons postérieurs et le canal central* appartient au groupe des *cordons sensitifs* et *sert à conduire la sensation douloureuse* ainsi que la *sensation thermique*. KERAVAL.

XXXI. CONTRIBUTION A LA QUESTION DE L'ENTRE-CROISEMENT DU NERF OPTIQUE; par L. JACOBSOHN (*Neurolog. Centralbl.*, XV, 1896).

Kœlliker prétend que chez les mammifères et chez l'homme il y a dans le chiasma entre-croisement total des fibres optiques. Enlevons un œil à lapins, cobayes, chats et singes; tuons-les de quatorze jours à quatre semaines plus tard et colorons par la méthode de Marchi. Nous verrons ce qui suit. Chez le *lapin et le cobaye* il n'existe pas un seul tractus nerveux dégénéré, c'est-à-dire coloré en noir, allant du nerf optique coupé, par le chiasma, à la bandelette du même côté; toutes les fibres colorées en noir vont obliquement à la bandelette optique du côté opposé : en un mot il y a *entre-croisement total des fibres optiques* dans le *chiasma*. — Chez le *chat* et *le singe* une grande partie des fibres colorées en noir vont au côté opposé; un nombre considérable de fibres ainsi colorées passe par le chiasma du même côté où on peut les suivre plus loin : il y a *entre-croisement incomplet des fibres optiques dans le chiasma.* Il est problable qu'il en est de même chez l'homme (Schmidt-Rimpler. *Deutsche medic. Wochenschrift*, n° 36, 1896). P. KERAVAL.

XXXII. ABCÈS DU CERVELET D'ORIGINE OTIQUE ; par M. Ed. RIST. (*Presse médicale*, 6 janvier 1897.)

Les otites moyennes et les caries du rocher jouent un rôle pré-

pondérant dans l'étiologie des abcès encéphaliques en général; d'après les statistiques citées par l'auteur, le cervelet est, plus souvent qu'on ne le croit d'ordinaire, le siège de ces abcès. Les signes spéciaux aux abcès du cervelet (titubation cérébelleuse; tendance à la rotation du corps du côté de la lésion; attitude spéciale, le malade étant couché sur le côté opposé à la lésion, les membres fléchis, etc.) ne permettent pas toujours de porter un diagnostic ferme. Dans quelques cas, un syndrome spécial signalé par deux chirurgiens anglais, MM. Acland et Bellance, syndrome dit cérébelleux, permet de faire avec certitude le diagnostic.

Ce syndrome est composé de trois phénomèmes principaux: 1° paralysie du membre superieur du côté de la lésion, avec faiblesse musculaire dans les membres inférieurs ; 2° exagération du reflexe rotulien du côté de la lésion; 3° déviation conjuguée des yeux du côté opposé à la lésion; et de quelques signes secondaires: contractures et accès convulsifs limités aux membres du côté de la lésion, parésie des membres du côté opposé à l'abcès, nystagmus latéral.

Pour le diagnostic différentiel de l'abcès du cervelet et de l'abcès du lobe temporo-sphénoïdal, l'examen de l'oreille donne de précieuses indications.

A la fin de son travail, l'auteur étudie le traitement de l'abcès du cervelet d'origine otique; il insiste surtout sur la méthode de MM. Acland et Bellance, qui consiste à faire la trépanation en disposant la couronne de trépan de façon que son bord antérieur soit tangent au bord postérieur de la mastoïde et que son bord supérieur demeure au-dessous d'une ligne partant du bord inférieur de l'orbite et passant par le centre du méat auditif (ligne basale de Reid), à évacuer par cette ouverture la collection cérébelleuse et à pratiquer ensuite la trépanation mastoïdienne. A. Fenayrou.

XXXIII. Lésions de la moelle épinière dans un cas d'amputation congénitale des doigts; par MM. Souques et Marinesco. (*Presse médicale*, 2 juin 1897.)

A l'autopsie d'une malade, qui présentait une amputation congénitale des trois doigts du milieu et une atrophie notable du pouce et de l'auriculaire de la main droite, les auteurs ont constaté une réduction de volume de la moitié droite de la moelle, au niveau du renflement cervical. L'hémisphère gauche, au niveau du centre moteur du membre supérieur, ne présentait pas d'atrophie visible à l'œil nu.

Le maximum des lésions de la moelle siégeait au niveau du premier segment dorsal et du 8e cervical de la substance grise, centre de l'innervation vaso-motrice des doigts. Là, on constatait une hémiatrophie massive de la moitié droite de la moelle : dimi-

nution de volume des racines postérieures; les collatérales réflexo-motrices sont plus serrées et moins nombreuses que du côté sain. Réduction de nombre des collatérales du centre de la corne postérieure. Atrophie de la substance gélatineus de Rolando. Atrophie des racines antérieures (sans prolifération interstitielle comme pour les racines postérieures). Corne antérieure diminuée du tiers environ; le groupe antéro-interne des cellules motrices est bien conservé; le groupe postéro-latéral est atrophié en partie; le groupe médian a disparu. Réduction de nombre des cellules occupant à ce niveau de la moelle une situation correspondante à celle de la colonne de Clarke. Atrophie du cordon postérieur droit : la zône postérieure est la plus altérée. Il existe une lésion bilatérale des cordons de Goll sans doute due à la cachexie et à l'autoxication cancéreuses auxquelles a succombé la malade. Le cordon latéral est peu atrophié.

Ces lésions sont sans aucun doute des lésions secondaires, résultant de la réaction à distance provoquée dans les centres correspondants par la section des nerfs du membre amputé. Elles correspondent et sont superposables aux lésions trouvées dans les faits d'amputation chirurgicale ou accidentelle des doigts. A. Fenayrou.

XXXIV. Contribution a la question relative a l'état des petits capillaires de l'écorce du cerveau dans l'artériosclérose des gros vaisseaux; par M. Lapinsky (*Neurolog. Centralbl.*, XV, 1896).

Examen de vingt-huit pièces. Quinze seulement présentaient une apparente dégénérescence des gros vaisseaux de la base (artériosclérose). Sur ces quinze (étude détaillée) il n'y avait aspect normal des capillaires de l'écorce qu'une seule fois; six d'entre elles témoignaient d'une déviation de la normale de ces capillaires, mais sans rétrécissement de leur lumière; restent donc huit cerveaux dans lesquels les plus fins capillaires étaient altérés et plus ou moins réduits de leur capacité, sinon obturés, ou bien diminués dans leur élasticité et leur contractilité. Or la clinique apprend que l'artériosclérose généralisée s'accompagne très souvent de troubles fonctionnels de l'écorce se traduisant par une moindre activité motrice, un affaiblissement de la sensibilité et des organes des sens, des troubles de la marche, des modifications dans l'association des idées. Jusqu'ici on avait expliqué ces phénomènes par de l'anémie cérébrale consécutive à la diminution du calibre des gros vaisseaux. Il faut y ajouter l'anémie des régions considérées comme centres due aux mêmes modifications de leurs petits tuyaux. Il n'y a d'après l'auteur que Lœwenfeld qui les ait décrites (*Studien über Gehirnblutung*, Wiesbaden, 1885). P. Keraval.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Traitement de l'aliéné; par Escuder. (*Siglo medico*, avril 1897.)

L'auteur voudrait qu'on n'eût recours aux asiles que quand ce mode d'assistance s'impose absolument, notamment pour les aliénés, suicides, criminels et incurables. L'internement tel qu'il est en usage n'est pas un traitement rationnel, mais un effet de l'égoïsme social; tout autre moyen d'arracher le matade aux fatigues de son négoce et aux vicissitudes et soucis de la lutte quotidienne pour la vie est préférable à la monotonie matérielle et morale de la réglementation et de l'aspect même du manicome, uniformité qui finit par être un véritable élément de systématisation du délire et un agent de chronicité. Comment la cellule et la camisole, restes surannés des périodes primitives, peuvent-elles subsister? L'opinion de M. Escuder s'appuie sur une longue et substantielle expérience. Il a vu nombre de malades soignés dans leurs propres familles, fort assidûment et avec beaucoup d'intelligence, guérir très vite. Dans d'autres cas où l'incompatibilité d'humeur ou l'absurdité de la famille rendait impossible le traitement individuel chez le patient même, il a pu donner ses soins hors de l'entourage et du milieu habituel, mais aussi hors de l'asile. Il montre les moyens d'agir ainsi et en calcule les avantages, qui permettent entre antres de soigner « le malade et non la maladie ». Malgré sa vénération pour Esquirol, il trouve passé sans retour le temps où l'on pouvait dire : « L'asile est un moyen de guérison. » La lenteur relative des progrès de la psychiatrie, la richesse trop anarchique des classifications diverses et des descriptions contradictoires qui encombrent les traités classiques, par opposition à la pauvreté thérapeutique qu'ils étalent, tiennent à l'usage des grands asiles. L'isolement est un excellent moyen de traitement, mais l'asile peut être une séquestràtion, mais n'est pas un isolement. Anatomie, histologie, chimie biologique, physiologie pathologique, etc., laissent espérer une thérapeutique utile qui permettra de soigner l'aliéné chez lui comme un malade quelconque.

F. Boissier.

II. Sur le rôle du séjour au lit dans le traitement des aliénés; par le Dr Bernstein.

La question sur le rôle du séjour au lit dans le traitement des

aliénés est à l'ordre du jour de la psychiatrie contemporaine, surtout en Allemagne et en Russie. Sur l'initiative du professeur Korsakoff, l'auteur a appliqué, pendant l'année scolaire 1895-96, la méthode du séjour au lit dans le service des femmes de la clinique psychiatrique de Moscou. Ce système a présenté des avantages sérieux : tout d'abord, durant toute l'année, aucune cellule n'a été occupée; sous l'influence du séjour au lit, l'excitation motrice est réduite au minimum, l'excitation de l'intelligence diminue, le délire devient pauvre et monotone. De plus, grâce à la mise en scène de l'hôpital, les malades gardent leurs qualités humaines qui dégénèrent bien vite dans l'emprisonnement solitaire des cellules. Le gâtisme par terre, compagnon indispensable du séjour dans les cellules, est rentré dans des proportions minima, et disparut complètement quand l'attention des gardes s'y porta. Le gâtisme au lit diminua dans de notables proportions.

A côté de ces avantages, il faut constater que les malades n'ont pas guéri plus promptement qu'auparavant.

En tout cas, quelle que soit l'influence du séjour au lit sur la durée des psychoses aiguës, ce système possède le mérite indiscutable de procurer la possibilité de renoncer à l'isolement cellulaire des aliénés.

En même temps, il facilite les soins à donner et améliore la surveillance sans exiger l'augmentation du personnel; il économise l'entretien des malades, parce qu'il diminue le gâtisme et la destruction du mobilier. Enfin, ce système simplifie le type de l'asile, en rendant superflues toutes les installations coûteuses qui garnissent les cellules. (*Annales médico-psychologiques*, févr. 1897.)

E. B.

III. Contre le traitement chirurgical du torticolis mental; par le Dr Brissaud.

Les faits de torticolis mental présentent toujours et invariablement le même tableau clinique. Ils sont presque tous mathématiquement superposables par leurs traits essentiels. La cause seule varie : tantôt c'est un spasme fonctionnel du bras ou de l'épaule, tantôt c'est un haussement involontaire des épaules à l'occasion d'un bouton d'acné ou d'un furoncle cervical, tantôt c'est un rhumatisme musculaire de l'épaule ou du cou, enfin c'est quelquefois un vrai torticolis douloureux et transitoire. La cause disparaît, mais l'effet subsiste, servitude à laquelle le patient, toujours déprimé, neurasthénique ou de volonté débile, ne peut se soustraire autrement que par un subterfuge qui devient servitude à son tour. La nature mentale de ce torticolis spasmodique se révèle fortuitement lorsqu'une puissante diversion psychique impose au patient une obligation plus rigoureuse. Quelques auteurs sont d'avis que, dans

ces cas, la médecine étant impuissante, c'est aux procédés chirurgicaux qu'il faut s'adresser. A cet effet, la méthode de Kocher se propose de diminuer ou de supprimer le spasme en annihilant ou en réduisant au minimum l'effet moteur du raccourcissement des muscles: section du sterno-mastoïdien, section de la portion occipitale du trapèze, section du splénius, section du grand complexus, section du petit complexus, section de l'oblique inférieur.

Il ne s'agit pas là d'une petite action opératoire, et deux ou trois interventions sont nécessaires pour chacun des cas, et pour s'attaquer, en somme, à une névrose de localisation variable. Et quand le malade est guéri, est-il enfin une bonne fois guéri ? Pas du tout. « Il est de la plus grande importance, dit le chirurgien, que le malade commence, dès la guérison de la plaie, à se livrer à des exercices de gymnastique comprenant tous les mouvements de l'extrémité céphalique. Cette gymnastique, surveillée d'abord par le médecin, doit être continuée d'une manière régulière et journalière pendant de longs mois. Il est de nos malades qui la pratiquent des années encore après l'intervention. » On conviendra que ces guérisons complètes ne sont pas de celles dont la chirurgie peut être le plus fière, et l'on se demande pourquoi le chirurgien, au lieu de conseiller à ses malades de se livrer, dès la guérison de la plaie, à une gymnastique qui durera de longs mois ou même des années, ne leur donne pas le même bon conseil de longs mois ou même des années avant de leur infliger cette plaie.

Et ce procédé que les chirurgiens recommandent après l'opération, est le seul efficace, mais avant. En même temps que la gymnastique, la psycho-thérapie montrera au patient par où pèche sa volonté, et à exercer ce qui lui en reste, dans un sens favorable.

Grâce à cette méthode, une malade, dont l'auteur résume l'histoire, atteinte de torticolis mental depuis plus de quatre ans, a vu son état s'améliorer en moins de 15 jours, à tel point qu'elle entrevoit la guérison définitive. (*Revue neurologique*, janvier 1897.)

E. B.

IV. Le traitement de l'épilepsie d'après les méthodes modernes (*Modern Methods of Treating Epilepsy*); par Xavier Sudduth. (*Medicine Détroit*, avril 1897.)

Cette étude n'a en vue que l'épilepsie essentielle, idiopathique. Parmi les nombreux médicaments auxquels on a recours et qui ont pour action de diminuer l'excitabilité nerveuse, aucun n'est spécifique, et l'on peut se demander, en présence d'un cas d'épilepsie guérie, si cet heureux résultat n'est pas plutôt dû à l'hygiène physique et morale suivie par le malade qu'au traitement pharmaceutique lui-même. Ce sont les lois de cette hygiène qui constituent la base du traitement de l'épilepsie.

On cherchera d'abord à supprimer les causes d'excitabilité réflexe qui entrent en jeu dans la production des attaques. Ces causes provocatrices sont de divers ordres. Il faut surveiller l'alimentation et les fonctions digestives, car la crise peut être due à une autointoxication par fermentations anormales d'ordre alimentaire. Mais ce sont surtout les émotions morales qui entrent en jeu dans la production de l'épilepsie. Mosso, dans son étude sur « la Peur », insiste sur le rôle des terreurs nocturnes, si fréquentes chez les enfants. Le mécanisme par lequel une émotion, telle que la peur, donne lieu à une crise convulsive est d'ailleurs inconnu. Elle agit probablement en modifiant l'équilibre chimique des cellules de l'écorce cérébrale, source de l'énergie nerveuse. Les effets localisés de l'épilepsie jacksonienne sont assez démonstratifs, et permettent de considérer le système nerveux central comme un réservoir d'énergie, se déchargeant à la façon d'une bouteille de Leyde.

L'état mental du sujet exerce aussi son action sur la reproduction des accidents nerveux et il est certain qu'une première attaque convulsive en prépare une seconde, et que les attaques suivantes tendent ainsi à se répéter. Nous comprenons ainsi comment l'épilepsie peut continuer à évoluer, même après suppression de sa cause provocatrice.

Connaître la valeur de ces différentes causes, c'est comprendre le traitement de l'épilepsie. Pour supprimer les diverses causes d'excitation réflexe qui jouent un si grand rôle dans la production des attaques, il convient de soustraire l'enfant à son entourage habituel, si la chose est possible, et de le placer dans un milieu nouveau. Il est en effet beaucoup plus facile de le soumettre, hors de sa famille, au régime qui lui convient. Son existence sera réglée militairement, en ce qui concerne l'heure et la durée de ses occupations et de ses récréations. On cherchera autant que possible à divertir son esprit. Dans quelques cas, on pourra recourir avec utilité à la suggestion. P. Rellay.

V. Pathogénie et traitement du goitre exophthalmique ; par M. Ch. Abadie. (*Presse médicale*, 3 mars 1897.)

L'auteur, s'apuyant sur des considérations cliniques et sur des faits thérapeutiques, est amené à considérer comme fausse la théorie qui place le point de départ de la maladie de Basedow dans l'hypertrophie du corps thyroïde. Selon lui, cette théorie doit céder la place à celle d'après laquelle le goitre exophthalmique est dû à une excitation permanente des fibres vaso-dilatatrices seules du grand sympathique cervical ou de leurs noyaux d'origine. La turgescence des artères thyroïdiennes, résultant de la vaso-dilatation des artères de la tête et du cou, a pour conséquence l'hypertrophie du corps thy-

roïde, qui détermine à son tour, mais toujours secondairement et tardivement, des phénomènes d'hyperthyroïdisation. La dilatation des vaisseaux rétro-bulbaires provoque la propulsion du globe oculaire en avant ; d'où l'exophthalmie ; l'excitation des filets cardiaques, la tachycardie. La production des formes frustes s'explique par la variabilité de la localisation et de l'intensité de l'excitation ; celle-ci peut porter, en effet, soit exclusivement, soit plus spécialement sur tels ou tels des centres qui président aux phénomènes d'où dérivent les divers symptômes de la maladie.

D'après cette théorie, on est amené à penser que la section du sympathique doit modifier favorablement la maladie. C'est ce qui a lieu en effet. Tous les cas de section du sympathique ont été suivis de succès ; non seulement l'exopththalmie a toujours disparu, mais les autres symptômes ont aussi rétrocédé en grande partie.

Quand l'exophthalmie domine et que l'hypertrophie thyroïdienne est peu accusée, il faut sectionner le sympathique entre le ganglion cervical moyen et le supérieur ; quand le goitre est plus accusé, la section doit porter au-dessous du ganglion moyen ; alors seulement que la tachycardie est extrême, il faut descendre encore plus bas et couper les filets efférents du ganglion inférieur. L'ablation et l'extirpation totale (Jonnesco) peuvent avoir des inconvénients et ne semblent présenter aucun avantage sérieux sur les sections.

A. Fenayrou.

VI. Traitement chirurgical de la névralgie faciale ; par M. P. Mauclaire. (*Presse médicale*, 9 juin 1897.)

L'auteur passe en revue les divers moyens de traitement d'ordre chirurgical qui peuvent être mis en œuvre contre le tic douloureux de la face après l'échec de tous les procédés thérapeutiques d'ordre médical. Qu'il s'agisse d'interventions extra-craniennes portant sur les branches du trijumeau (cautérisation, section, résection, arrachement, écrasement, élongation, etc.), ou sur la carotide externe (ligature), ou qu'il s'agisse d'opérations intra-craniennes (résection du nerf maxillaire inférieur, ablation du ganglion de Gasser), les résultats sont toujours incertains ; les récidives sont fréquentes dans les cas suivis de guérison. A. Fenayrou.

VII. Goitre exophthalmique traité par la résection des deux sympathiques cervicaux ; par MM. Gérard Marchand et Abadie. (*Presse médicale*, 3 juillet 1897.)

Observation d'une malade de vingt-neuf ans, qui, en 1896, a été atteinte de goître exophthalmique. Lors de son entrée à l'hôpital, au mois de mars 1897, l'exorbitisme était si prononcé que les pau-

pières ne pouvaient recouvrir les globes oculaires ; la tachycardie était à peu près nulle (70 pulsations au lit) ; le corps thyroïde était légèrement hypertrophié ; le tremblement des membres était très appréciable. A part un certain amaigrissement, il n'existait pas de troubles trophiques.

La malade a été opérée le 5 avril 1897 par M. Gérard Marchand. L'opération a consisté en la résection de la partie inférieure du ganglion cervical supérieur avec 3 centimètres et demi à 4 centimètres du tronc nerveux sous-jacent des deux côtés. Immédiatement après l'opération, l'exophthalmie a déjà diminué à gauche (premier sectionné). A droite, elle est encore très notable et on constate à la surface de la conjonctive de petits épanchements sanguins qui se sont produits pendant l'opération. L'exophthalmie diminue progressivement les jours suivants ; le 9 avril elle semble augmenter, mais, le lendemain, elle est de nouveau en décroissance et la malade sort guérie le 14 avril.

Depuis lors, disent en note les auteurs, ce résultat ne s'est pas maintenu dans sa perfection ; sous l'influence de l'émotion, de la fatigue, l'exophthalmie reparaît, bien qu'à un moindre dégré qu'avant l'opération ; mais il n'y a plus trace de goître, l'état général physique et moral est demeuré excellent.

Cette observation vient à l'appui de l'opinion déjà émise par M. Abadie, d'après laquelle le goître exophthalmique a son point de départ dans l'excitation des vaso-dilatateurs du sympathique cervical. D'après les auteurs, la production d'hémorrhagies sous-conjonctivales à droite après la section du sympathique gauche, confirme la théorie de la vaso-dilatation. S'appuyant sur des expériences de MM. Dastre et Morat, ils admettent que la section du sympathique, l'excision et les tiraillements du ganglion cervical supérieur ont déterminé une excitation, sans effet pour le côté opéré, mais qui s'est traduite du côté opposé par une vaso-dilatation qui, s'ajoutant à celle déjà existante, a provoqué des ruptures vasculaires et des extravasations sanguines sous la conjonctive. La production de ces hémorrhagies prouve qu'il faut toujours pratiquer la section des deux sympathiques cervicaux. A. Fenayrou.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE.

I. La responsabilité dans ses rapports avec la folie. (*Criminel responsability as related to insanity*); par W.-T. Patterson (*Medecine Detroit*, mars 1896).

Existe-t-il, se demande l'auteur, un état mental dans lequel un individu est entrainé d'une façon irrésistible à commettre un acte que sa conscience réprouve?

La folie morale est difficile à préciser. C'est un état mental dans lequel l'individu conserve toute son intelligence et sa raison, mais présente une perversion d'instincts naturelle. Un pareil état a ses racines dans l'hérédité qui transmet les caractères moraux et psychiques aussi bien que les caractères physiques des ascendants.

De même que l'intelligence peut faire complètement défaut (idiotie) ou exister à un faible degré (imbécillité), de même on peut observer une absence complète du sens moral (idiotie morale).

Il existe des individus qui sous l'influence de leur folie morale commettent des délits ou des crimes.

Ce sont souvent des sujets intelligents occupant une haute position sociale. Dans les conditions normales, leur esprit n'a aucune idée criminelle, mais par l'effet d'une altération du sens moral héréditaire ou acquise, ils arrivent à commettre des actes criminels. La loi les condamne souvent comme criminels. L'auteur maintient que de pareils individus, bien qu'ils soient capables d'apprécier le bien et le mal, ne sont pas responsables de leurs crimes. Ils cèdent à de fausses déductions d'un sens moral défectueux. P. Rellay.

II. Hypnotisme et crime; par Cl. Bell (*Medico-legal Journal*, décembre 1895.)

Rappelant les procès retentissants auxquels l'hypnotisme a souvent donné lieu, tant en Amérique qu'en Europe, l'auteur dit qu'il ne partage pas l'opinion de certains auteurs français qui pensent que l'hypnotisme joue un rôle prépondérant dans l'accomplissement de certains crimes. Il reprend un à un tous les cas célèbres en Amérique, tels que ceux d'Hayward, de Briggs, etc., et montre qu'il s'agissait là la plupart du temps de simples criminels de droit commun.

Il rappelle que l'hypnotisme ne peut jamais aller à l'encontre de

l'éducation et du fond du caractère du sujet hypnotisé. De nombreuses années d'expérience et d'observation ont toujours confirmé cette règle. Il n'a jamais pu obtenir d'un sujet en état de sommeil, d'accomplir un acte qu'il croit criminel. (Expériences avec des couteaux de papier, etc.)

Il n'y a pas de différence essentielle entre le sommeil ordinaire et le sommeil hypnotique. Une hypnotisation prolongée se termine très souvent par le sommeil normal et l'hypnotisé à qui on essaye de persuader quelque chose qui révolte sa conssience se réveille presque toujours. Un sujet qui accomplit un crime sous l'empire de la suggestion a pleinement conscience de l'acte qu'il commet; il faut que cet acte ne lui répugne en rien. L'hypnotisme ne joue dans ce cas qu'un rôle déterminant absolument secondaire. Il en est de même pour les prétendus actes de séduction par hypnotisme.

L'auteur conclut ainsi : Etant donnés deux sujets également pervers ou immoraux, l'hypnotisme peut quelquefois déterminer l'accomplissement d'une action criminelle ; mais doit-on le condamner pour ces quelques cas d'ailleurs très rares, quand il peut par ailleurs rendre des services incontestés? A. MARIE.

III. RESPONSABILITÉ CRIMINELLE DES IMBÉCILES ET FAIBLES D'ESPRIT ; par F. BEACH (*Medico-legal Journal*, mars 1895).

Trois cas de crimes commis par des faibles d'esprit dont un fut condamné par les tribunaux. L'auteur admet une responsabilité atténuée ; mais il pense que la plupart des cas de ce genre ne sont relevables ni de l'asile ni de la prison. Il désirerait voir se créer des établissements spéciaux pour l'éducation des jeunes imbéciles et faibles d'esprit criminels ou à mauvais penchants. A. MARIE.

IV. DES RAPPORTS ENTRE L'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE, LA MÉDECINE LÉGALE ET LA PSYCHIATRIE ; par le professeur A. ZUCCARELLI.

L'anthropologie criminelle, tout en ayant bien des points de contact avec la médecine légale et avec la psychiatrie, ne peut faire partie ni de l'une ni de l'autre ; mais elle est elle-même une science ayant un but, une méthode de recherches et un corps de doctrine, et, par conséquent, dans l'enseignement, on doit aussi la considérer comme telle.

La médécine légale a avec l'anthropologie criminelle les mêmes rapports qu'avec les autres sciences.

Science d'application, elle met au service du barreau les résultats de l'anthropologie criminelle, de même qu'elle use des résultats de la chimie, de la physique, de la pathologie chirurgicale et médicale, de l'obstétrique, de l'anatomie pathologique, de la bactériologie, etc. Dans la médecine légale comme dans l'anthropologie criminelle

l'application de données provenant d'une autre science ne permet pas de les confondre.

La chose est par elle-même si claire et si évidente qu'elle n'a pas besoin, je crois, d'autres éclaircissements. De sorte que la médecine légale, tout en s'aidant de l'anthropologie criminelle, n'est et ne peut pas être l'anthropologie criminelle elle-même. Vient ensuite la psychiatrie : avec celle-ci l'anthropologie criminelle a plus spécialement de commun les méthodes cliniques d'observation et d'évaluation des désordres psychiques, comme elle a de commun avec la pathologie spéciale et médicale et avec la neuropathologie en espèce, les méthodes cliniques d'observation et d'évaluation des désordres fonctionnels ordinaires.

Mais l'anthropologie criminelle consiste-t-elle seulement en cela? Non, certainement. Ce qu'il y a avant tout de spécifique et de fondamental, c'est l'étude directe, étendue, détaillée de la morphologie anthropologique, individuelle et ethnique, extérieure et intérieure, en sorte qu'on la peut définir : l'*Histoire naturelle de l'homme délinquant*. Pour cette étude, elle puise des méthodes et des moyens d'observation dans l'anthropologie générale ou pure; elle emprunte aussi à l'anatomie et à la physiologie comparée pour l'appréciation et l'évaluation onto-philogénétique des formes et des développements différents anatomiques; elle prend à la pathologie commune et à l'anatomie pathologique l'appréciation et la distinction des formes sur la base de communs processus morbides et de celles par évolution anormale et par réversion atavique. Là-dessus, il n'est pas nécessaire d'insister davantage. Il suffit de mentionner l'extension prise et l'intérêt éveillé dans ces derniers temps seulement de quelques-unes de ces recherches morphologiques, comme celles des os craniens surnuméraires, bregnatiques, interpariétaux et pré-interpariétaux, des anomalies du palais et des dents, du développement de la troisième molaire, etc., les différentes interprétations et théories, le contrôle étendu et passionné, les larges discussions à cet égard pour se convaincre que l'anthropologie criminelle n'a que trop de terrain devant elle pour qu'elle parcoure un chemin tout particulier, recherche, étudie, grandisse et se développe séparément de la psychiatrie et des autres branches scientifiques, qui ne font que l'aider et la compléter.

Réciproquement la psychiatrie profite, elle aussi, des résultats de ces recherches morphologiques, larges, étendues, profondes, faites de propos délibéré par l'anthropologie criminelle. Mais cela ne suffit pas. Il y a encore toute une symptomatologie spécifique hors de la maison de santé et de l'hôpital commun (*palimsesti*, jargon, mœurs et habitudes de *camorra*, *mafia*, etc.), qu'il faut aller étudier dans la prison, dans les mystérieuses retraites, dans les maisons de prostitution et dans les plus abjects bas-fonds sociaux.

Il y a ensuite l'étude faite avec la plus grande étendue de l'étio-

logie, et particulièrement des moments étiologiques sociaux, nombreux, graves complexes, non plus seulement comme base de diagnose, de prognose et de traitement individuel ou de famille, mais avant tout et surtout dans un but prophylatique social, afin de mettre bien en évidence les causes et les procédés de la dégénération criminelle, aviser aux moyens efficaces pour les prévenir et les combattre et arriver aux plus prévoyantes et justes mesures éducatives, économiques, politiques, juridiqnes et pénitencières. De ce côté l'anthropologie criminelle, plus que toute autre science biologique, offre le lien le plus étroit avec les sciences juridiques-sociales. C'est bien là l'autre champ spécifique et particulier d'une très haute importance qui ne peut être l'objet particulier et principal de la psychiatrie, ni d'aucune autre science, quelque affinité qu'elle puisse avoir avec elle, et qui concourt à donner de son côté une empreinte, un corps et une physionomie *sui generis* à l'anthropologie criminelle. Pour toutes ces raisons donc l'anthropologie criminelle ne peut pas être fondue ou confondue avec la psychiatrie : encore moins elle ne peut faire partie de celle-ci. Et s'il en est ainsi pour la substance, il doit en être de même didactiquement.

De sorte que, pour conclure, il me semble qu'il découle bien clairement de ce que je viens de dire :

1° Que l'anthropologie criminelle, tout en empruntant, dans le champ des affinités et des engrenages réciproques qui lient aujourd'hui toutes les sciences entre elles, des méthodes et des données à différentes branches scientifiques, n'en fournit pas moins à son tour à d'autres sciences formant une science en elle-même avec ses principes, son champ de recherche, et son but tout particulier, qui ne peuvent nullement la faire considérer comme partie d'aucune autre science ;

2° Que telle étant son entité scientifique, elle doit être telle aussi dans l'enseignement, et par conséquent, elle doit faire l'objet d'une chaire distincte des autres, idée en conformité aussi avec les vœux exprimés par le congrès précédent ;

3° Que, comme place, elle constitue le plus immédiat et large engrenage entre la Biographie et la Sociologie.

V. Une enquête sur le suicide. Un genre de suicide. Le suicide sans motifs ; par le Dr Laupts.

Le laboratoire de médecine légale de l'Université de Lyon a entrepris, depuis trois ans, sous la direction du professeur Lacassagne, une série d'enquêtes psychologiques, l'une sur le langage intérieur, la seconde sur l'inversion sexuelle, la troisième, qui débute à peine, sur le suicide.

L'idée directrice de cette dernière enquête, relativement au

suicide, est la suivante : « Un homme étant atteint du désir de se suicider, comment, nous médecins, classerons-nous, dans un cas donné et après examen, le mal dont souffre celui qui nous demande conseil? Quels seront, à son sujet, notre diagnostic, notre pronostic, notre traitement ? Le traitement du suicide existe-t-il ? Peut-on faire, au sujet du suicide, de la prophylaxie individuelle et sociale? Devons-nous laisser aux hommes cette idée qu'il est inutile de nous consulter sur les phénomènes de leur vie mentale; devons-nous continuer à ne point comprendre ce qu'ils nous disent lorsque, par hasard, ils nous interrogent à ce sujet, à ne savoir point ce qu'il faut leur faire craindre ou espérer, à persister à leur donner de vagues paroles ou de banales consolations ? Il faut que le médecin perde la notion inexacte qu'il doit soigner les seules lésions officiellement cataloguées ; qu'il cesse d'être seulement un guérisseur des maladies de certains organes; qu'il soit, en plus du guérisseur, un philosophe, un confesseur laïque, qu'il prenne la science du cerveau. » L'auteur, un des promoteurs de l'enquête, rapporte deux observations de suicide sans motifs, ce qui ne veut pas dire sans cause.

Il s'agit de deux sujets, tous deux bien portants, menant une vie que l'on peut considérer comme agréable, et qui ont eu et ont encore à certains moments le désir de la mort. Ce désir survient par crises, le plus souvent sans motifs ou à l'occasion de contrariétés insignifiantes; et il est de ces crises qui ont été assez fortes pour les conduire momentanément soit à un commencement d'exécution chez l'un, soit à la ferme volonté d'exécuter chez l'autre. La crise consiste en une sensation de désespoir infini, d'abandon complet de toute énergie morale, survenant tout à coup et les terrassant.

Chez les deux malades, absolument étrangers l'un à l'autre, du reste, les crises surviennent généralement le soir, et le sommeil les fait disparaître; elles paraissent s'être atténuées par le fonctionnement normal de l'appareil génital.

Un point intéressant est que l'un des deux malades, depuis qu'il s'est rendu compte qne les crises avaient une évolution régulière et qu'elles se terminaient, en est arrivé, même au cours de la crise, à se tranquilliser et à les considérer comme un état transitoire, à réagir, par conséquent, dans une certaine mesure. (*Annales médico psychologiques*, février 1897.) E. BLIN.

VI. MALADIE ET THÉORIES BIOLOGIQUES SUR LA GENÈSE DU DÉLIT ; par DEL GRECO (*Il Manicomio*, anno XI, fasc. 2-3).

La théorie de la dégénérescence est une théorie biologique à contours trop vagues et indéterminés. Celle de Lombroso, plus approfondie, s'adapte mieux aux cas de délinquence simple, primitive

(homicide, vol, violences sexuelles). Celle de Ferri, qui tient compte à la fois de l'élément morbide et d'autres encore d'ordre biologique, résume mieux que toutes les autres les faits observés, en les embrassant dans toute leur extension. J. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 25 *octobre* 1897. — PRÉSIDENCE DE M. P. GARNIER.

Délire chronique des persécutions à évolution exceptionnellement longue chez un aliéné homicide sorti autrefois d'un asile en vertu d'un jugement du tribunal.

M. LEGRAS. — Il s'agit d'un persécuté, ayant été enfermé pendant plusieurs années dans un asile d'aliénés d'où il avait fini par sortir, grâce à la chambre du Conseil qui, le considérant comme inoffensif, l'avait rendu à la liberté. Soupçonnant un jour que sa logeuse s'entendait avec ses ennemis pour l'empoisonner, cet aliéné se précipita dernièrement sur elle, pour la tuer à coups de marteau et, la croyant morte, tenta ensuite de se suicider. L'auteur a pu établir que le début des troubles intellectuels remontait à 1870, c'est-à-dire à plus de vingt-cinq ans.

Séance du 29 *novembre* 1897. — PRÉSIDENCE DE M. P. GARNIER.

Présentation d'instrument.

M. FEBVRÉ présente un appareil pour l'alimentation des malades. Cet appareil, d'une contenance totale d'un litre, a la forme d'une bombe renversée et peut être, pour faciliter l'écoulement des liquides alimentaires, tenu dans une situation élevée ; il est pourvu sur ses parties latérales ou antérieures de trois appareils secondaires.

Un tube gradué de 30 cent. cubes, commandé par un robinet spécial, permet d'administrer un médicament avant ou en même temps que l'alimentation.

Un thermomètre centigrade dont la cuvette plonge dans le liquide alimentaire, offre la faculté de se rendre compte exactement de la température du liquide à injecter.

Enfin un niveau permet de suivre facilement l'écoulement des liquides.

Le tube, gradué pour la médication, remplit en outre une indication très précieuse : grâce à son indépendance, il est possible de s'en servir comme appareil de sûreté.

En versant quelques gouttes d'eau stérilisée dans son intérieur, on peut, avant de procéder à l'alimentation, s'assurer si la sonde est ou non introduite dans l'œsophage; en cas de fausse route, les accidents d'asphyxie ne sont plus à redouter.

Simulation préventive de la folie.

M. Vallon lit un rapport médico-légal concernant un individu qui, arrêté pour des escroqueries des mieux caractérisées, chercha à se faire passer pour fou et irresponsable de ses actes, en donnant comme preuve de son état d'aliénation mentale une série d'actes absurdes qu'il avait commis à la même époque que les escroqueries qu'on lui reprochait.

Les escroqueries étaient les suivantes: X..., en prenant le nom et la qualité de M. B..., chirurgien des hôpitaux, et en employant des manœuvres frauduleuses, s'était fait remettre pour trois mille cinq cents francs de bijoux qu'il avait engagés au Mont-de-Piété; puis il avait vendu les reconnaissances: cet argent lui avait servi à calmer des créanciers impatients.

Les actes allégués comme preuves de folie consistaient en ceci : X..., sous des noms d'emprunt, surtout sous des noms de magistats, achetait dans divers magasins des marchandises qu'il faisait envoyer aux personnes dont il avait pris le nom, soit à leur véritable adresse, soit à une adresse quelconque.

M. Vallon, en l'absence de tout trouble intellectuel, de tout stigmate d'hystérie, conclut à la responsabilité pleine et entière de X... Il a fait remarquer, qu'à voir le soin avec lequel X... cherchait à tirer parti pour sa défense des actes en apparence absurbes qu'il avait commis, il était bien permis de penser qu'il ne les avait perpétrés, concurremment avec les escroqueries, que dans le but de pouvoir, en cas de besoin, les alléguer comme une preuve de dérangement cérébral et par suite se concilier tout au moins l'indulgence de la justice. Ce procédé ne lui réussit pas, car le tribunal correctionnel l'a condamné à six mois de prison.

MM. Séglas et Garnier déclarent avoir été témoins de faits analogues.

Paralysie générale juvénile hérédo-syphilitique.

M. Sollier communique l'observation d'une jeune fille de dix-sept ans, ayant présenté successivement la plupart des signes de la paralysie générale : hésitation de la parole, inégalité pupillaire, etc.

Après avoir été autrefois intelligente, Mlle X... a vu, depuis l'âge de onze ans, ses facultés baisser peu à peu; elle eut même une hémiplégie passagère. Elle est actuellement strabique et en démence. Envahie par l'embonpoint, elle mange avec voracité. M. Sollier attribue la maladie à la syphilis avouée de son père et aussi à l'hérédité cérébrale (le grand-père paternel est mort du ramollissement et un oncle paternel était paralytique général).

M. Charpentier. — Le strabisme pourrait expliquer l'inégalité pupillaire qui alors perdrait toute valeur syndromique. L'observation ne parle ni de l'excitation ni de l'insomnie, si fréquentes dans la paralysie générale. Les dents n'ont pas le caractère décrit par Hutchison. Ne serait-ce pas tout simplement un cas de démence précoce?

M. Arnaud regrette que l'autopsie ne vienne pas confirmer le diagnostic. Il fait remarquer que la paralysie générale n'a pas le même aspect dans l'enfance que chez les adultes.

M. Vallon a observé un jeune paralytique général de vingt ans chez lequel la syphilis ne pouvait être incriminée, mais dont l'hérédité vésanique était très chargée. La mère et la tante maternelle étaient aliénées.

M. Christian ne croit pas à la paralysie générale dans l'enfance pour lui la plupart des cas ne sont que des observations d'encéphalite ou d'idiotisme acquis. L'hémiplégie dont a été atteinte la jeune fille de M. Sollier doit faire écarter le diagnostic de paralysie générale.

M. Briand. — On ne peut nier l'existence de la paralysie générale juvénile. Elle se présente avec une allure qui lui est propre, mais avec des signes suffisants pour qu'on ne doive la méconnaître. Elle se distingue surtout par la prédominance des signes somatiques et la rareté du délire.

M. Vallon. — Quant à l'autopsie d'un jeune sujet, soupçonné de paralysie générale, on trouve tous les signes macroscopiques de paralysie générale, il est bien difficile de nier ce diagnostic.

M. Arnaud. — Il existe plusieurs cas non douteux suivis d'autopsie très complète.

M. Sollier ne croit pas que l'insomnie et l'excitation signalées par M. Charpentier soient des signes caractéristiques.

M. VOISIN a aussi observé un cas de paralysie générale chez une jeune fille. La syphilis du père n'était pas douteuse, mais elle ne se traduisait par aucun signe chez la malade. Le traitement spécifique est demeuré sans effet. MARCEL BRIAND.

Séance du 27 *décembre*. — PRÉSIDENCE DE M. GARNIER.

Séance d'élections.

M. le Dr SOLLIER, l'un des secrétaires, lit le rapport sur le classement des candidats au titre de membres titulaires, et propose, au nom de la commission : en première ligne, M. le Dr Brunet; en deuxième ligne, M. le Dr Deny; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Boissier et Legras; en quatrième ligne, M. H. Meige; en cinquième ligne, M. Lefiliâtre.

MM. les Drs DENY, BRUNET et BOISSIER ont été élus.

Il est ensuite procédé au renouvellement du bureau pour 1898. Sont nommés : *président*, M. MEURIOT; — *vice-président*, M. J. VOISIN; — *secrétaire général*, M. RITTI; — *secrétaires*, MM. P. SOLLIER et R. SEMELAIGNE; — *trésorier*, M. BRUNET.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU

Séance du 7 *mars* 1897.

M. LOUNTZ. *Deux cas de cécité corticale et psychique* (avec présentation des préparations du premier cas ainsi que d'un malade).

Premier cas. — M..., âgée de cinquante-cinq ans. Abus médiocre des boissons alcooliques. Au mois de juillet, en 1895, elle fut atteinte d'un vertige avec perte de connaissance de courte durée; à ces phénomènes se joignirent une parésie des extrémités gauches et une cécité. Puis il y eut une amélioration graduelle de tous ces phénomènes morbides. Deux semaines avant l'entrée à l'hôpital, nouvel accès apoplectique, après quoi la cécité devint plus marquée et la démarche plus difficile. La malade a un air stupide: ses yeux sont immobiles comme chez une aveugle ; ses pupilles ne réagissent pas à la lumière, mais les mouvements des yeux sont normaux; le fond des yeux l'est aussi, à l'exception d'une légère périartérite et d'une certaine tortuosité des veines. Parésie insi-

gnifiante des branches inférieures du nerf facial gauche ; la langue est un peu déviée à gauche ; pas de parésie des membres gauches. La démarche est chancelante. Artériosclérose des vaisseaux périphériques, affaiblissement très marqué de l'activité sypchique, de la mémoire et de la faculté combinative. La malade ne peut pas bien s'orienter dans l'espace, pire même qu'un aveugle ordinaire. Sa vue est si faible qu'elle est incapable de distinguer les objets, ni de compter les doigts qu'on lui montre. Souvent elle ne peut même pas définir les objets, et à l'aide d'autres organes de sens. Le mieux conservé chez la malade est le goût (elle peut différer le sucre du sel), moins l'ouïe et les sensations tactiles ; en palpant un crayon, elle dit que c'est le manche d'une ombrelle ; lorsqu'on lui donne à toucher une chaîne, elle prétend que c'est une montre et l'applique à son oreille ; elle ne reconnaît pas la montre au palper, mais elle vient à le faire par l'ouïe. En touchant une plume d'acier elle prétend que c'est un papillon : « il pique », dit-elle. Les piqûres elle les prend pour du feu. Dans le cours plus avancé de la maladie, sa définition des objets par l'ouïe et le toucher devenait de pire en pire.

A la fin du mois de février la malade devint apathique et somnolente ; le 1er mars, elle mourut avec des phénomènes d'œdème cérébral.

A l'*autopsie*, outre un œdème de la pie-mère, l'hyperhémie des veines corticales et une sclérose très accentuée des vaisseaux basilaires, on trouva encore un ramollissement jaune des deux tiers du lobe occipital droit, qui s'étendait jusqu'au fond de la corne occipitale du ventricule latéral et envahissait sa paroi interne. Un foyer de moyenne grandeur de ramollissement jaune était aussi observé au sommet du lobe occipital gauche. On constata, en outre, du côté droit, des petits foyers de ramollissement rouge dans les noyaux lenticulaire et coudé du côté droit, et dans la couche optique du même côté.

Deuxième cas. — Un homme, M..., âgé de trente-six ans, entra à l'hôpital le 7 novembre 1896. Il y a vingt ans, il avait un lues et il a subi un traitement mercuriel. Une semaine avant l'entrée il eut des céphalalgies et des vertiges. Le 3 novembre, après une perte de connaissance de courte durée, se développa une parésie des extrémités droites, surtout des extrémités supérieures. Le malade a un air éperdu, passe d'un endroit à l'autre, répète souvent la phrase suivante : « Je ne sais ce que j'ai, je me sens mal ». A l'examen on constata un affaiblissement de la mémoire, des maux de tête dans les régions frontale, pariétale et occipitale ; la percussion de la tête lui cause une douleur sur la limite des os occipital et temporal du côté gauche. Parfois des vertiges. Un léger effacement du pli naso-labial droit et une déviation de langue à droite ; le membre supérieur droit est plus faible que le membre

supérieur gauche. Le sens musculaire est affaibli dans les extrémités droites; les réflexes tendineux du côté droit, surtout le réflexe rotulien, sont exagérés.

Pendant cinq jours la vue du malade s'affaiblissait progressivement, et bientôt apparut une cécité complète, de sorte qu'il ne pouvait même pas distinguer la clarté des ténèbres, et perdit en même temps la possibilité de s'orienter dans l'espace.

Examen ophtalmologique (par M. le professeur Ewetsky) fut constaté ce qui suit : la vue = 0, la réaction à la lumière conservée, le fond des yeux et les mouvements sont normaux.

A la suite d'un traitement antisyphilitique, la vue commença à se restituer; au commencement du mois de février elle s'améliora à 0,3; hémianopsie complète du côté gauche avec rétréeissement très marqué des moitiés droites. Le malade, quoique avec peine, pouvait lire et écrire. Mais en ce temps commencèrent à se manifester de plus en plus des phénomènes d'une cécité psychique. Le malade pouvait distinger un objet de l'autre, mais il ne pouvait le faire concernant les couleurs qu'il ne discernait pas l'une de l'autre ; il pouvait dire seulement que l'une est plus foncée, l'autre plus claire; cependant il pouvait assortir les couleurs identiques de la laine (excepté la couleur verte) et ne se trompait pas même dans leurs nuances. Il distinguait très mal les physionomies des personnes qui l'entouraient et assurait ne reconnaître le médecin et les infirmières que par la voix.

Bien qu'il eût la vue comparativement passable et que son état intellectuel était très bien développé, il ne pouvait expliquer le plus simple sujet des tableaux et même ne discernait pas les enfants des vieillards. Mais ce qui était le plus surprenant c'est son amnésie concernant les représentations visuelles du temps passé par exemple, il disait que l'herbe est d'une couleur bleu foncé et les feuilles d'une couleur grise sale. Connaissant la ville de Moscou en long et en large (car son occupation a été de transporter de la bière dans divers endroits), le malade ne pouvait se représenter la disposition des rues, des places, et ne se rappelait pas par où il faut aller pour passer d'une rue à l'autre. En même temps la mémoire concernant d'autres représentations est conservée et l'activité psychique du malade est tout à fait normale.

Dans ce cas, le tableau clinique de la cécité corticale s'explique parfaitement par la lésion bilatérale des lobes occipitaux (le sommet du coin et de l'ergot de Morand) trouvée à l'autopsie. Dans le second cas, vu la conservation complète des facultés intellectuelles et du bon sens du malade, et la restauration à un certain degré de sa vue physique, le tableau de cécité psychique ressort bien plus nettement, surtout se remarque l'effacement des représentations visuelles d'autrefois, avec quoi s'expliquent son incapabilité de s'orienter dans l'espace et sa perte complète de mémoire concer-

nant les couleurs; la capacité d'identifier les représentations nouvelles avec les anciennes a moins souffert.

Sous ce rapport le cas de l'auteur présente une ressemblance avec un cas de Charcot et avec le premier cas de Müller, dans lesquels a souffert aussi principalement la mémoire des représentations visuelles anciennes.

Des remarques ont été faites par MM. Mouratoff, Korniloff, M. le professeur Kojewnikoff et M. Tokarsky.

M. Mamourowsky et M. Maloletkoff. *Contribution à l'étude des anévrismes artériels à la base du cerveau.*

Les rapporteurs communiquèrent trois cas, dans lesquels à l'autopsie on trouva des anévrismes artériels dans la base cérébrale.

Premier cas. — La malade, âgée de quarante-sept ans, entra à l'hôpital avec des phénomènes d'une hémiplégie gauche; dans une semaine se développa une hémiparésie droite qui dans trois jours passa en une hémiplégie avec une aphasie; bientôt la malade mourut dans un état comateux.

A l'*autopsie* on constata ce qui suit; une hémorragie médiocre entre l'arachnoïde et la pie-mère dans la région de la scissure de Sylvius et un ramollissement jaune dans l'écorce du sommet du lobe temporal, un anévrisme oblong de la grandeur d'un noyau de citron dans la partie basilaire de l'artère de la fosse de Sylvius droite. Sur la paroi antérieure de l'artère carotide interne gauche s'apercevait encore un anévrisme en forme d'hémisphère de la grandeur d'une cerise. Dans les sacs anévrismatiques, ainsi que dans les artères, il y avait des thrombus rouge foncé.

Deuxième cas. — Un homme de quarante ans fut placé à l'hôpital à cause d'une céphalalgie, vomissements et strabisme; le jour même de son entrée il mourut subitement, ce qui empêcha de faire un examen détaillé. A l'autopsie, on trouva sur la base cérébrale une tumeur de la grandeur d'un œuf de poule, qui occupait tout le long de l'artère basilaire. Dans la partie postérieure de la tumeur entrent les deux artères vertébrales et de sa partie antérieure sorte les artères cérébrales postérieures. La tumeur a l'aspect d'une châtaigne dont la base est tournée vers la moelle allongée et son sommet vers le devant. La partie antérieure de la moelle allongée, le pont de Varole et les pédoncules cérébraux sont considérablement aplatis. Les nerfs oculo-moteurs, le pathétique, le trijumeau, le facial, l'auditif et surtout le nerf adducteur, sont atrophiés et compressés. Sur la coupe cette tumeur présente un sac à grosses parois, rempli de caillots décolorés, par lesquels, plus près de la paroi supérieure passe un canal d'un aspect irrégulier, dans lequel se trouve un grumeau rouge.

Dans ces deux cas on a observé en outre une augmentation en volume du ventricule gauche et une athéromatose de l'aorte.

Troisième cas. — Un malade, âgé de soixante-neuf ans, entra à l'hôpital avec une hémiplégie gauche et mourut dans un mois après un état comateux. A l'autopsie on trouva une tumeur qui sortait de la paroi de l'artère carotide interne et occupait une partie de la base du cerveau, toute la partie de la scissure sylvienne du côté droit et la moitié antérieure du lobe temporal, qui présentait une lamelle très fine, recouvrant la tumeur comme d'une écorce. La coupe de cette tumeur offrait un sac à parois minces rempli de caillots de sang, dont les uns étaient tout à fait décolorés et les autres d'un rouge foncé.

A l'examen microscopique on constata que la paroi ne consistait qu'en un seul tissu conjonctif fibroïde; dans le second cas la paroi était composée de la membrane interne et de l'externe, tandis que la membrane médiane était dépourvue d'éléments musculaires.

La communication a été accompagnée d'une présentation des préparations.

Après des remarques faites par MM. Orlowsky et Pribytkoff, M. le professeur Kojewnikoff a relevé la signification de l'étude clinique détaillée de pareils cas, dont le diagnostic est parfois possible même pendant la vie des malades.

Séance du 23 mai 1897.

I. — M. le professeur Kojewnikoff. *Paralysie bulbaire asthénique. Présentation de la malade* (Suite d'une observation déjà publiée).

Au printemps de l'année 1896 le rapporteur a présenté à la Société une malade avec une combinaison particulière de phénomènes, dont la plupart accusaient une névrose. On a pu noter une extrême fatigue des appareils neuro-musculaires. Mais en même temps il y avait certains phénomènes qui faisaient penser qu'il existe ici des altérations plus profondes, peut-être, même des phénomènes destructifs dans les centres nerveux. En faveur de cette supposition plaide l'atrophie dégénérative de certains muscles avec réaction de dégénérescence ou même avec abolition complète d'excitabilité électrique, mais tout de même en prenant en considération les principaux symptômes de la maladie et son cours avec oscillations continuelles; l'auteur rapporte son cas à la « paralysie asthénique bulbaire », en ajoutant que les altérations des éléments nerveux, principalement des cellules nerveuses, y sont probablement plus profondes que dans les névroses ordinaires. Vu l'intérêt particulier scientifique de ce cas, l'auteur juge utile d'indiquer la marche de la maladie.

Après avoir quitté la clinique en été 1896, la malade se sentit pire; tous ses mouvements devinrent encore plus faibles, la fatigue augmenta encore plus, et surtout s'empira son état général. L'activité

du cœur s'affaiblit, le pouls aussi devint faible (50 par minute); apparut une œdème des membres et en partie de la face; commencèrent à paraître des hémorragies spontanées sur certaines parties du corps, qui avaient l'aspect de taches bleues. Le 12 septembre 1896, la malade entra de nouveau à la Clinique des maladies nerveuses dans un état très pénible. L'appétit était très mauvais, la mastication et la déglutition très difficiles. En mettant un petit morceau dans la bouche, la malade était toujours forcée de soutenir de la main sa lèvre inférieure, afin de ne pas faire tomber le morceau; et pour l'avaler elle devait faire trois à quatre mouvements de déglutition; elle s'engouait souvent, même avec des aliments liquides. Sa langue, au lieu d'aider, empêchait même la mastication, et si le morceau entrait derrière la joue, la malade devait l'en retirer à l'aide du doigt. Les mouvements de la langue étaient très limités : la malade pouvait n'en tirer que le bout et on remarquait alors une déviation de la langue à gauche; la surface de cette dernière était recouverte de rides et de profonds sillons surtout du côté gauche.

L'excitabilité électrique des muscles de la langue était très abaissée et la réaction de dégénérescence était très marquée. Le palais, mou, restait tout à fait immobile pendant les mouvements volontaires ainsi qu'à l'excitabilité réflexe; son excitabilité électrique était totalement abolie. Tendance à la constipation et rétention médiocre de l'urine; ensuite on remarqua une certaine faiblesse du sphincter de la vessie. La voix de la malade était très faible ; le matin seulement, après son réveil, il lui était possible de dire deux à trois mots, pas haut pourtant; puis durant quelque temps elle pouvait parler encore en chuchotant, mais bientôt elle perdait complètement sa voix. La paupière gauche est un peu abaissée; lorsque les paupières sont closes (même pendant le sommeil), il reste une fente. Parésie de tous les deux abducteurs, et conformément à cela une diplopie. La convergence des yeux n'est pas assez suffisante, mais les mouvements des yeux en haut et en bas sont normaux. L'épuisement de l'appareil visuel étant comme auparavant à un très haut degré. Le muscle frontal agissait faiblement; l'excitabilité électrique dans ce muscle, ainsi que dans le muscle orbiculaire des paupières, était très diminuée. A la démonstration des gencives le coin gauche de la bouche se déviait de côté et en bas. La force des membres supérieurs était très affaiblie ; à la compression d'un dynamomètre, faite à plusieurs reprises, elle diminuait très vite et bientôt elle atteignait jusqu'à 0. La malade marchait avec difficulté, c'est à peine si elle pouvait déplacer ses pieds à l'aide de quelqu'un. Le poids de son corps était un peu plus de 35 kilos, la température 36°0, le pouls très faible (50 par minute); œdème très accusé des membres inférieurs; elle n'avait pas eu de règles pendant neuf mois.

Vers le commencement d'octobre son poids diminua encore (33 kg. 600 gr.); mais bientôt survint une amélioration de l'état de la malade. Avant tout l'appétit augmenta; à mesure que la malade mangeait plus, ses forces commencèrent à augmenter; la mastication et la déglutition devenaient plus faciles; vers la moitié de l'hiver elle mangeait beaucoup plus que quand même elle se portait encore bien. L'amélioration allait régulièrement sans aucune oscillation; vers le printemps le poids de la malade était déjà de 50 kg. 500 grammes, c'est-à-dire il augmente presque de 16 kilos; la température devint 37 à 37°,2; le pouls était assez plein, environ 76. Au commencement et à la fin du mois d'avril elle eut deux fois ses règles, qu'elle n'avait pas eues presque depuis dix-huit mois. La malade pouvait marcher des heures entières, non seulement dans la chambre, mais aussi au jardin, sans ressentir de fatigue. Ses membres supérieurs devinrent plus forts, de sorte qu'elle s'occupait très volontiers à des ouvrages de main. Sa voix était devenue si forte qu'elle pouvait causer toute la journée jusqu'au soir, beaucoup et à haute voix. Les mouvements des yeux s'améliorèrent aussi. Mais ce qui est le plus grave et le plus intéressant à noter, c'est que les mouvements de la langue devinrent bien plus libres; les rides et les plis dont elle était recouverte diminuèrent de beaucoup; conformément à cela s'améliora aussi l'excitabilité électrique de la langue. Dans le palais mou même on parvint à l'aide du courant induit à faire paraître des contractions, quoique faibles; quant aux muscles frontal et orbiculaire des paupières leur excitabilité électrique devint presque normale.

Cette observation indique que l'atrophie des muscles, qui dépend des modifications dans les cellules nerveuses, comme centres trophiques, peut diminuer et même disparaître totalement. Cette circonstance, en même temps, sert à confirmer l'opinion que les modifications des cellules nerveuses dans l'affection en question, malgré leur profondeur, sont capables de s'effacer et de disparaître. Ce fait à son tour parle en faveur de ce que le cas donné, malgré ses particularités, peut être rapporté justement à la paralysie bulbaire asthénique. Pourtant beaucoup de phénomènes morbides sont restés encore chez notre malade jusqu'à présent, quoique à un degré bien moins grand et en diminuant graduellement; reste aussi le principal symptôme de la maladie, à savoir : l'épuisement excessif, qui surtout à des conditions peu favorables dans l'état de la malade se fait sentir à un plus haut degré. C'est ainsi qu'une diarrhée médiocre survenue accidentellement rendit la malade si faible, que ce n'est que dans quelques jours qu'elle reprit son état d'amélioration. Cette dernière dépendait principalement du rétablissement de son état général, ce qui s'ensuivit bientôt après l'augmentation de l'appétit.

Concernant cette communication des remarques ont été faites

par MM. Tokarsky, Korniloff, Roth, Postowsky et Soukhanoff. Ce dernier indiqua que Marinesco, dans un cas, a trouvé des modifications très marquées des cellules dans la région du tronc cérébral, ce qui donne la possibilité de rapporter la paralysie asthénique bulbaire à la catégorie des maladies à altérations anatomiques perceptibles.

II. — MM. Rossolimo et Mouravieff. *De la structure de la fibre nerveuse dans l'état normal et pathologique, Méthode de formol-méthylène.*

Les rapporteurs proposent une nouvelle méthode de traitement du tissu nerveux. Des morceaux du système nerveux, pour leur durcissement, doivent être mis pour cinq à sept jours d'abord dans une solution de formaline à 2 p. 100 et puis dans une solution à 5 p. 100, ou bien dans une solution à 10 p. 100. Ensuite on les transporte dans l'alcool à 95° pour deux jours, puis pour une journée on les met dans l'alcool absolu, etc.; mais si l'on s'attend à avoir des modifications très fines, il est mieux de ne pas placer les coupes dans l'alcool absolu et dans la celloïdine; mais, après les avoir retirées de l'alcool à 95°, il faut les coller à l'aide de la gomme d'Arabie sur un bouchon. Les coupes doivent être bouillies dans une solution aqueuse du bleu de méthylène à 0,5 p. 100, jusqu'à la première apparition de petites bulles. Puis après les avoir refroidies on les transporte pour une, trois à cinq secondes dans la solution suivante :

Huile d'aniline pure.	1 gramme.
Alcool à 90°.	10 —

Puis on les met pour une demi-minute dans l'alcool à 95° et enfin dans l'huile de *cajeput*, où l'on peut les garder quelques minutes, après quoi on les monte dans le baume de Canada. Si l'on examine des nerfs dissociés, on peut les traiter de la même manière, seulement il faut exclure le traitement par l'alcool absolu. La dissociation des nerfs doit avoir lieu avant la coloration par le bleu de méthylène et les préparations ne doivent rester que très peu de temps dans la solution de l'huile d'aniline. Il se manifesta que les nerfs périphériques et les racines, traités par ce procédé, contiennent deux espèces de fibres; les unes sont d'une couleur uniforme bleu pâle, avec des cylindraxes très visibles; les autres sont parsemées de nombreux grains d'une couleur violette, de différentes forme et grandeur, distribués également dans le long de la fibre; leur cylindraxe est peu visible; leurs noyaux se colorent très intensivement et diffèrent par la couleur de la myéline. Sur les coupes transversales de la fibre nerveuse la granulation s'observe sur la zone périphérique de la gaine de myéline et le cylindraxe se voit alors en forme d'un point bleu. Cette même granulation

de myéline s'observe aussi dans la moelle épinière, ce qui donne aux coupes un aspect tout particulier. En même temps se colorent aussi très bien les cellules nerveuses (comme par la méthode de *Nissl*), les noyaux musculaires des vaisseaux, les cellules névrogliques, en un mot tous les éléments principaux de la substance nerveuse. A l'examen du bout périphérique chez un lapin, cinq jours après la section du nerf, on avait constaté que la myéline consistait en de petites mottes rosées et oblongues, avec un petit nombre de grains; à l'extrémité de ces mottes s'accumulent des grains bleus, tantôt isolés, tantôt en masse compacte. Dix jours après la section les parcelles bleues augmentèrent en nombre et en volume; quant aux masses roses elles diminuèrent et leur granulation disparut tout à fait. Sur les coupes transversales, prises des troncs nerveux et des racines, on remarque une formation des masses granuleuses bleues dans la membrane de myéline, enveloppant le cylindraxe tantôt d'un côté, en forme d'une demi-lune, tantôt de tous les côtés, comme d'un anneau, parfois rien que dans la partie périphérique de la fibre, d'autres fois dans toute l'épaisseur de la membrane de myéline. Ce phénomène s'observe le plus souvent dans les racines et comme l'ont démontré les investigations pendant toute une série de procès morbides (typhus abdominal, pneumonie fibrineuse et grippeuse, néoplasmes cancéreux, artérioscléroses).

Dans quatre à cinq jours après la section de la moelle épinière ou après l'extirpation des centres moteurs corticaux (chez des chiens et des lapins) on peut noter les modifications secondaires suivantes: gonflement, teinte rosée tantôt des fibres isolées, tantôt de leur groupe entier. Sur les coupes longitudinales on voit à différents niveaux des formations gonflées, rosâtres, en forme de boudin. Avec le temps la myéline sort de la fibre et s'accumule tantôt en masses déliquescentes bleues, tantôt en gouttes rondes bleues, surtout auprès des vaisseaux; souvent on observe aussi une formation abondante de globules granuleux. Ces dernières modifications se rencontrent souvent dans différentes maladies infectieuses (myélite et encéphalite infectieuses aiguës, typhus abdominal, etc.). S'il y a des modifications pathologiques dans les cellules, elles ressortent très nettement dans les préparations traitées par le procédé proposé.

Les rapporteurs indiquent sur deux avantages de ce nouveau procédé : 1° la coloration de presque toutes les parties intégrantes du système nerveux dans son état normal et pathologique; et 2° la manifestation des altérations de la myéline, qui pour la plupart échappent même aux plus sensibles procédés connus de notre temps, la granulation de la myéline, les demi-lunes et les anneaux sus-décrits dans les racines et dans les nerfs périphériques et en partie la destruction dans la moelle épinière ne peuvent se

manifester qu'à l'aide du procédé de formol-méthylène. Cette communication était accompagnée d'une démonstration d'un grand nombre de dessins et de préparations microscopiques.

A la discussion ont pris part M. le professeur ROTH, MM. KORNILOFF, MINOR, MOURATOFF et M. le professeur KOJEWNIKOFF; ce dernier souhaita aux rapporteurs de continuer l'exploitation si féconde de leur procédé.

G. ROSSOLMIO, N. CHATALOFF, A. TOKARSKY.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Genèse et nature de l'hystérie;* par le Dr P. SOLLIER.

M. Sollier a publié récemment sur la *Genèse et la nature de l'hystérie* deux volumes consacrés, le premier à l'exposé des faits cliniques et expérimentaux qui servent de base à une nouvelle conception de l'hystérie; le second, aux observations des malades qui lui ont servi de sujets d'expériences.

Le point de départ de la théorie imaginée par M. Sollier pour expliquer le mécanisme des manifestations hystériques est un fait d'observation vulgaire. On sait, que les hystériques — il ne s'agit ici, bien entendu que des grandes hystériques à anesthésie plus ou moins étendue — ne dorment pas ou presque pas sans paraître en éprouver aucune fatigue.

Bien que signalée déjà par différents auteurs, notamment par MM. Bourneville et Regnard, cette insommie n'avait guère reçu d'explication ; M. Sollier a pensé que si les hystériques ne dormaient pas la nuit, c'est qu'elles étaient plongées pendant le jour dans une sorte de sommeil pathologique qui rendait impossible le sommeil naturel. Pour vérifier cette hypothèse, l'auteur a donné à ses malades, mises préalablement en état d'hypnose, l'ordre de se réveiller; mais non pas de se réveiller, comme elles avaient l'habitude de le faire à la suite de séances hypnotiques, mais de *se réveiller complètement, absolument, tout à fait.* A la suite de ces injonctions réitérées il a constaté une série de réactions rappelant celles qui suivent le réveil naturel, réactions qui étaient accompagnées d'une régression de la personnalité, les malades ayant complètement oublié, comme au sortir d'une crise de somnambulisme, la période par laquelle elles venaient de passer et se croyant ramenées à cinq, dix ou quinze ans en arrière. Il a

remarqué, en outre, qu'à la suite de ce réveil, lorsqu'il était complet, ces malades avaient complètement recouvré la sensibilité et ne présentaient plus aucun stigmate d'hystérie.

De ces expériences, M. Sollier a conclu que les hystériques étaient des somnambules, ou mieux, des vigilambules et qu'il suffisait de les réveiller pour les débarrasser de leurs accidents d'abord, de leurs stigmates ensuite. Poursuivant ensuite ses investigations il s'est aperçu que l'état de vigilambulisme pouvait être également modifié, non plus par l'injonction de se réveiller, mais par celle de *sentir* les parties anesthésiques du corps; en d'autres termes, que le réveil avec toutes ses conséquences, la disparition des accidents et stigmates hystériques, pouvait être le fait de la simple restauration de la sensibilité, et, inversement, qu'il suffisait de supprimer la sensibilité pour ramener en même temps tous les accidents, y compris l'état de somnambulisme.

De cette nouvelle série d'expériences, corollaire de la première, M. Sollier a cru pouvoir dégager une théorie pathogénique de l'hysterie qui peut se formuler ainsi :

Les hystériques ne sont que des somnambules plus ou moins complètes. Toutes les manifestations de l'hystérie, quels que soient leur nature ou leur siège, qu'elles soient d'ordre somatique ou psychique, sont entièrement liées à des altérations ou à des variations brusques de la sensibilité. Ces modifications de la sensibilité sont elles-mêmes sous la dépendance d'un état d'engourdissement ou de sommeil des centres cérébraux. Suivant que ces centres sont frappés isolément ou en masse, progressivement ou d'emblée, on se trouve en présence de l'une ou de l'autre des modalités si variéee de la névrose.

Quant à la nature de ce sommeil spécial des centres cérébraux, elle reste entière à déterminer.

Telle est la conception de l'hystérie que l'on trouvera exposée avec un très grand luxe d'arguments dans l'ouvrage de M. Sollier. Dans quelle mesure cette théorie peut-elle être acceptée? Bien que M. Sollier se défende énergiquement d'avoir fait intervenir la suggestion dans ses expériences, nous ne croyons pas qu'elle soit restée étrangère à la production des phénomènes qu'il a observés. Pour être en droit de le nier il aurait fallu que l'auteur, se plaçant dans des conditions expérimentales différentes, eût obtenu les mêmes résultats en dehors de toute participation intellectuelle de la part de ses sujets. Quoi qu'il en soit de cette divergence de vues, l'ouvrage de M. Sollier n'en constitue pas moins un ingénieux essai de physiologie pathologique de l'hystérie qui sera lu avec intérêt par tous ceux qui s'intéressent aux questions de neuropathologie. G. Deny.

II. *Dictionnaire des sourds-muets*, publié d'après le manuscrit original de l'abbé DE L'EPÉE, et précédé d'une préface, par le Dr J.-A.-A. RATTEL. Paris, 1896, J.-B. Baillière.

Ce petit volume est le neuvième de la *Collection ancienne et moderne d'otologie* du Dr Rattel. Il s'agit de l'impression d'un manuscrit inédit de l'abbé de l'Épée, qui, pendant sa vie, n'avait pu, faute de ressources, publier son dictionnaire. Dans sa préface. M. le Dr Rattel raconte qu'il recourut au gouvernement et adressa une lettre à M. Necker « pour obtenir quelques ressources de la part des Economats ». Le ministre renvoya l'abbé, avec recommandation, à M. Feydeau, directeur général des Economats. Celui-ci conseilla à l'abbé de s'adresser à l'archevêque pour avoir un crédit sur les biens des Célestins. L'archevêque répondit qu'il lui paraissait « peu possible de prendre, sur la caisse des Célestins, de quoi faire imprimer le dictionnaire dont il s'agit ».

Cent ans ce sont écoulés, sans que le désir de l'abbé soit satisfait. C'est pour rendre un pieux hommage à la mémoire de l'abbé de l'Epée que M. le Dr Rattel a fait imprimer, à ses frais, ce petit *Dictionnaire à l'usage des sourds-muets*. Bien qu'il n'ait, aujourd'hui qu'un intérêt secondaire, nous croyons qu'il a sa place marquée dans la bibliothèque des établissements consacrés à cette catégorie d'enfants anormaux. B.

III. *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, fondées par J.-M. CHARCOT, publiées par MM. GRANCHER, JOFFROY, LÉPINE ; secrétaire de la rédaction : R. WURTZ. Paris, Masson et Cie, éditeurs.

Le tome IX (1897) renferme les articles suivants relatifs au systèmes nerveux :

De la méningite séreuse due au pneumocoque ; par Ch. Lévy. — *Mensuration de la toxicité vraie de l'alcool éthylique. Symptômes de l'intoxication aiguë et de l'intoxication chronique par l'alcool éthylique ;* par Joffroy et Serveaux. — *Recherches expérimentales sur les propriétés antithermique, antitoxique et antiseptique de l'antipyrine;* par Deléarde. — *De l'influence de la toxine diphtérique sur le système nerveux des cobayes;* par Mouravieff.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

ABRICOSSOF (Mme G.). — *L'hystérie aux XVIIe et XVIIIe siècles* (Étude historique et bibliographique). — Volume in-8° de 145 pages. — Paris, 1897. — Librairie G. Steinheil.

BUSCHAN (G.). — *Bibliographischer Semesterbericht der Erscheinungen auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie.* — Volume in-8° de 172 pages. — Prix : 5 fr. 75. — Iena, 1897. — Verlag G. Fischer.

CLAPARÈDE (Ed.). — *Du sens musculaire à propos de quelques cas d'hémiataxie posthémiplégique.* — Volume in-8° de 148 pages. — Genève, 1897. — Ch. Eggimann et Cie.

CULLERRE. — *De l'incontinence d'urine dans ses rapports avec l'hystérie infantile.* — Brochure in-8° de 8 pages. — Toulouse, 1897. — Librairie Edouard Privat.

DAGONET. — *Système nerveux central; coupes histologiques.* — Volume in-8° cartonné de 32 pages, avec 12 planches hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1897. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

DONATH (J.). — *Ueber Chorea hysterica.* — Brochure in-8° de 4 pages. — Budapest, 1897. — Chez l'auteur.

DONATH (J.). — *Ein Fall Diplegia brachialis.* — Brochure in-8° de 3 pages. — Budapest, 1897. — Chez l'auteur.

DONATH (J.). — *Ein Fall von traumatischer Hysterie.* — Brochure in-8° de 3 pages. — Budapest, 1897. — Chez l'auteur.

GARNIER (S.). — *Compte moral et administratif et rapport médical*, présentés pour l'année 1896, relatifs à l'asile départemental d'aliénés de Saint-Ylie (Jura). — Brochure in-8° de 70 pages. — Lons-le-Saulnier, 1897. — Imprimerie L. Declume.

GARNIER (S.). *Rapport médical et compte moral et administratif*, présentés pour l'année 1895, relatifs à l'asile départemental d'aliénés de Saint-Ylie (Jura). — Brochure in-8° de 78 pages. — Lons-le-Saunier, 1896. — Imprimerie L. Declume.

GEREST (J.-M.). — *Les affections nerveuses systématiques et la théorie des neurones.* — Volume in-8° de 355 pages, avec 13 figures. — Prix : 7 fr.

HUGHES (C.-H.). *Suicide.* — Brochure in-8° de 8 pages. — Saint-Louis, 1897. — Chez l'auteur.

Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière, publié par le Dr BOURNEVILLE avec la collaboration de MM. Ed. Brissaud, Budin, P. Cornet, H. Duret, P. Keraval, G. Manoury, Monod, J. Noir, Poirier, Ch.-H. Petit-Vendol, Pinon, P. Regnard, Sevestre, Sollier, Viron, P. Yvon, Mme Pilliet-Edwards. La sixième édition de ce Manuel, revue et augmentée, se compose de cinq volumes illustrés de nombreuses figures : T. I. *Anatomie et physiologie* ; — T. II. *Administration et comptabilité hospitalières* ; — T. III. *Pansements* ; — T. IV. *Soins à donner aux femmes en couches. Soins à donner aux aliénés. Petite pharmacie. Petit dictionnaire des termes médicaux.* — T. V. *Hygiène.* — Prix des cinq volumes in-18 : 7 fr. 50. — Aux bureaux du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes. Pour nos abonnés, 6 fr. (franco).

MASSALONGO (R.). — *Dell' osteoartropatia ipertrofica pneumica.* — Brochure in-8° de 17 pages, avec 4 figures. — Rome, 1897. — Societa editrice Dante Alighieri.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 198.

Vol. V. Février 1898. N° 26

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

ESSAI DE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LA SYPHILIS ARTÉRIELLE, LA SYPHILIS MÉNINGÉE ET LA SYPHILIS GOMMEUSE DE L'ENCÉPHALE[1] ;

PAR LES DOCTEURS

J. TEISSIER, Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

ET

JOANNY ROUX, Ex-interne des hôpitaux de Lyon.

CHAPITRE II

De la méningite syphilitique cérébrale.

La syphilis peut porter son action sur les méninges de plusieurs façons différentes. Les lésions méningées peuvent être secondaires, propagées soit de la boîte cranienne, soit de la substance cérébrale : dans ce cas la méningite vient simplement donner sa note symptomatique dans le syndrome préexistant. Les lésions primitives des méninges peuvent secondairement envahir la substance cérébrale (le cas est fréquent pour la gomme circonscrite) ou bien déterminer des lésions secondaires par compression des vaisseaux (ischémie, ramollissement).

Dans tous ces cas, aux combinaisons anatomiques répondent des combinaisons symptomatiques très variables. Nous les laisserons de côté pour n'envisager que les cas où les

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 25.

lésions sont et restent purement méningées; et encore laisserons-nous de côté la pachyméningite hémorrhagique, dont la cause peut être la syphilis, mais dont la symptomatologie, assez tranchée, résulte beaucoup plus de l'hémorrhagie que des phénomènes inflammatoires qui l'ont précédée.

Après toutes ces éliminations il nous reste trois variétés de lésions méningées susceptibles d'être réunies dans un tableau symptomatique commun : l'infiltration gommeuse, les gommes miliaires disséminées, enfin la méningite inflammatoire ou scléreuse, sans autre caractère spécifique que son étiologie et l'efficacité habituelle du traitement. Nous allons voir que ces lésions présentent une symptomatologie un peu particulière, permettant de les distinguer quelquefois des autres formes de syphilis cérébrale.

§ 1. Caractères généraux des symptômes de la syphilis méningée. — Ici, c'est l'inverse de ce qui se passe dans la syphilis artérielle : il y a nettement *prédominance des phénomènes irritatifs sur les phénomènes de déficit.* Il est d'autant plus facile de comprendre l'action irritative de la méningite sur la corticalité, que la couche la plus superficielle de l'écorce, la couche des fibres tangentielles, celle qui est immédiatement sous-jacente à la pie-mère, est de beaucoup la plus importante dans le mécanisme des réflexes cérébraux. C'est là, en effet, que se fait la transmisssion aux panaches protoplasmiques des cellules pyramidales, de l'influx nerveux apporté par les cylindraxes centripètes, venus soit des centres inférieurs, soit d'une autre portion de la corticalité. Aussi, quoique la circulation de l'écorce soit sous l'influence du réseau vasculaire pie-mérien, et puisse être considérablement restreinte par un processus scléreux, les phénomènes irritatifs produits par l'inflammation du voisinage l'emportent presque jusqu'à la fin sur les phénomènes ischémiques secondaires.

A. *Troubles moteurs.* — L'attaque épileptiforme, qui appartient à toutes les formes de syphilis cérébrale, est particulièrement fréquente dans la forme méningée. Il s'agit le plus souvent d'épilepsie partielle, quelquefois bien limitée.

On peut dire que la paralysie flasque n'appartient pas au tableau de la syphilis méningée. Les paralysies sont à peu près toujours accompagnées, dès leur début, de phénomènes spas-

modiques : raideurs musculaires, contractures, exagération des réflexes, souvent trépidation épileptoïde. Elles sont habituellement moins localisées, se diffusent à un plus grand nombre de muscles que dans la syphilis artérielle, mais aussi elles sont moins complètes : il s'agit le plus souvent de parésie avec raideur. Elles s'accompagnent souvent de secousses involontaires se passant dans un seul muscle, souvent dans quelques fibres seulement ; secousses musculaires traduisant l'excitation de l'écorce et annonçant souvent l'ictus épileptiforme. On trouvera tous ces caractères dans l'observation que nous rapportons plus loin.

B. *Troubles de la sensibilité.* — Ils sont beaucoup plus fréquents que dans la syphilis artérielle.

La céphalalgie ne manque à peu près jamais. Elle peut être généralisée, sans localisation précise, extrêmement intense, empêchant tout sommeil, conduisant quelquefois le malade au délire, au suicide, à l'homicide même. Elle est alors due à la compression du cerveau, à la méningite épendymaire, à la dilatation des ventricules. C'est un cas de ce genre qu'on trouvera plus loin. D'autres fois, toujours très intense, elle est plus localisée, soit à un côté de la tête, soit à un point précis.

Dans les deux cas elle s'accompagne le plus souvent d'hyperesthésie superficielle ; la pression du crâne la réveille ou l'exaspère. La percussion l'augmente au même titre que la pression, mais sans lui donner ce caractère de profondeur que nous trouverons dans la gomme. Dans certains cas, surtout dans la première variété, due surtout à un épanchement ventriculaire, elle peut justifier la ponction de Quincke ou la trépanation. Il y a souvent en même temps des douleurs extrêmement vives, dans les membres, le tronc, au niveau des viscères même. L'examen le plus minutieux ne révèle alors aucune cause locale qui puisse les expliquer. Ce sont des douleurs d'origine centrale, traduisant l'irritation de l'écorce.

Objectivement, on trouve souvent des zones d'hyperesthésie où la moindre pression détermine des douleurs ; ailleurs ce sont des zones où il y a des troubles paresthésiques, rarement de l'anesthésie complète.

Ce qui distingue surtout ces troubles, c'est leur *permanence* opposée à la fugacité des troubles analogues dus à l'ischémie dans la syphilis artérielle.

Ces troubles de la sensibilité, par leur permanence et leur intensité, sont souvent la source d'abord d'illusions, puis d'hallucinations et de délire.

Les troubles sensoriels sont fréquents. La vue est souvent atteinte : soit troubles moteurs par compression des nerfs au niveau de la base ; soit hémianopsie homonyme ou bien amaurose par compression d'une ou des deux bandelettes optiques, avec abolition de la réaction pupillaire ; soit enfin, et c'est le cas plus caractéristique, hémianopsie hétéronyme le plus souvent bitemporale par compression du chiasma.

L'examen ophtalmoscopique nous révèle des signes importants. Le plus souvent on trouve de la *névrite optique avec phénomènes inflammatoires* très accusés : la papille fait une saillie faible, l'aspect rayonné est très accentué, les exsudats sont très abondants le long des vaisseaux. Plus loin nous opposerons cette neuro-rétinite de la syphilis méningée à la stuungs-papille de la gomme intra-cérébrale, revenant ainsi en partie à la doctrine de de Græfe qui séparait nettement la papille par stase de la névrite optique descendante.

D'autres fois, mais le fait est plus rare, on trouve de l'atrophie, avec papille en pain à cacheter, sans stade inflammatoire prémonitoire. Cette atrophie doit être considerée aujourd'hui comme une dégénérescence rétrograde des neurones visuels, par compression du chiasma ou des bandelettes ; les cellules d'origne de ces neurones étant dans la rétine. Il y a souvent anosmie uni ou bilatérale; exceptionnellement, au contraire, des troubles de l'ouïe. D'une façon générale toutes les paires craniennes peuvent être comprimées, et donner diverses combinaisons symptomatiques que nous retrouverons tout à l'heure.

C. *Troubles intellectuels.* — L'aphasie se retrouve ici, mais sans caractères particuliers. Elle est habituellement moins complète, mais plus permanente, que dans la syphilis artérielle.

Le délire est fréquent, et il s'agit alors d'un *délire actif.* L'agitation peut être extrême et donner le tableau de la manie aiguë. Les hallucinations sont fréquentes, et deviennent la source d'interprétations délirantes comme dans le cas que nous rapportons plus loin, où la malade croyait avoir subi une opération, puis avoir été décapitée, être morte, etc., etc. Dans les intervalles de tranquillité on trouve que la mémoire

est à peu près intacte, qu'il n'y a souvent pas d'affaiblissement intellectuel, que les processus d'idéation sont normaux. Il peut y avoir quelquefois des idées de persécution, mais elles sont passagères.

En résumé, délire actif avec idéation normale et quelquefois hyperidéation, à opposer à l'affaiblissement progressif de toutes les facultés, conduisant à la démence de la syphilis artérielle.

Ajoutons enfin que la méningite s'accompagne de troubles nutritifs précoces, dus soit aux vomissements et à l'intolérance gastrique, soit à la dénutrition excessive qui paraît sous la dépendance des lésions de l'écorce et rappelle celle de certains cas de paralysie générale grave.

L'*ictus apoplectique*, moins grave immédiatement que l'attaque foudroyante due à la thrombose ou à la rupture d'une grosse artère, doit toujours faire penser à l'envahissement de l'écorce par l'encéphalite spécifique. Dans les cas plus bénins où il paraît sous l'influence d'une simple poussée congestive, il est rare qu'elle ne laisse pas un trouble persistant, l'hémiplégie incomplète, par exemple, comme dans le cas que nous rapportons plus loin.

Il est un dernier point sur lequel nous voulons insister, parce qu'il nous semble ne pas avoir suffisamment attirer l'attention des divers observateurs : c'est *l'existence de la fièvre dans la syphilis cérébrale.* Depuis les travaux de Fournier on connaît bien la fièvre syphilitique secondaire. Nous pouvons affirmer que dans la syphilis cérébrale on observe assez souvent aussi des élévations de température parfois considérables : elle peut atteindre et même dépasser 40°, et cela pendant plusieurs jours de suite. Dans les formes où la symptomatologie est encore peu accusée, où il n'y a que des phénomènes irritatifs diffus ; de la céphalalgie, des vomissements, de la stupeur, on comprend combien l'existence de cette fièvre peut être embarrassante pour le diagnostic. Tout récemment encore nous avons pu hésiter pendant plusieurs jours entre le diagnostic de syphilis cérébrale et celui de fièvre typhoïde : le séro-diagnostic était bien négatif, mais cela pouvait tenir à la date récente du début des accidents.

Quelle est la pathogénie de cette fièvre ? Est-elle due au virus syphilitique lui-même, ou bien à une infection secon

daire ou associée? Il nous est impossible de le dire. Nous ne savons pas davantage si elle a une valeur au point de vue du diagnostic des différentes formes de syphilis cérébrale. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que le mouvement fébrile *paraît* relativement fréquent dans la syphilis méningée, assez rare dans la syphilis artérielle, exceptionnel dans la gomme.

§ II. Evolution et groupements symptomatiques de la syphilis méningée. — Habituellement lente, prolongée, ne conduisant à la terminaison fatale qu'après une assez longue période, l'évolution peut aussi être rapide, aiguë; et il y a lieu de décrire successivement deux formes, aiguë et chronique. Chacune d'elles se subdivise en deux formes secondaires, suivant qu'elle atteint la base ou la convexité.

A. *Méningite aiguë syphilitique.* — Céphalalgie extrêmement intense, vomissements répétés, température quelquefois élevée, tels sont les symptômes qui ouvrent habituellement la scène. Si le processus se localise *à la base*, après cette première période on note des vertiges, des troubles psychiques, des symptômes de compression du côté des nerfs de la base, de la polyurie, des phénomènes bulbaires; le malade tombe dans une *dépression profonde*, puis dans le coma terminal. C'est souvent au complet le tableau de la méningite tuberculeuse.

Si la méningite atteint surtout la *convexité*, les phénomènes d'excitation dominent : délire bruyant, convulsions répétées, hallucinations. Le coma survient plus tardivement et s'accompagne souvent d'hémiplégie ou de monoplégies. Cette méningite aiguë est rarement primitive; le plus souvent elle survient au cours d'une cérébro-syphilose quelconque, et il est bien permis de se demander si des infections secondaires surajoutées n'entrent pas en jeu. Le traitement spécifique est habituellement inefficace. La plupart des auteurs admettent que cette méningite aiguë spécifique peut être primitive. Le contrôle bactériologique démontrant l'absence d'infections associées manque.

B. *Méningite chronique.* — Cette forme est aussi fréquente que la précédente est rare. On pourrait, comme dans la syphilis artérielle, distinguer deux périodes dans son évo-

lution. Pendant la première les symptômes sont légers et fugaces : c'est une convulsion épileptiforme isolée, sans autres symptômes; une paralysie oculaire brusque, des phénomènes aphasiques ébauchés, etc. La lésion est alors essentiellement curable par le traitement spécifique. Lorsque la céphalalgie existe d'une façon permanente, que l'ophtalmoscope montre des lésions de névrite optique, que tous les symptômes énumérés plus haut se sont installés définitivement, il est fréquent que l'échec thérapeutique soit complet.

Méningite de la base. — C'est de beaucoup la forme la plus fréquente et la mieux connue. Oppenheim[1] croit ses symptômes si caractéristiques qu'ils permettent le diagnostic de nature, même en l'absence de commémoratifs.

Les phénomènes les plus caractéristiques sont ceux qui résultent de la compression des paires craniennes, et qui en s'associant à la compression des pédoncules ou des pyramides donnent toutes les variétés d'hémiplégie alterne : hémianosmie et hémiplégie, hémianopsie homonyme et hémiplégie du même côté, anesthésie d'une moitié de la face et hémiplégie du côté opposé, syndrome de Weber, paralysie de la sixième paire et hémiplégie du côté opposé[2], syndrome de Millard-Gubler, hémiparalysie de la langue avec hémiplégie alterne.

La *polyurie* et souvent la polydypsie sont fréquentes même en l'absence de lésions du bulbe. Dès le début la *dépression* domine la scène, le malade est en proie à une somnolence invincible, dont on le tire difficilement. La terminaison se fait dans le coma, le plus souvent avec des phénomènes bulbaires.

Méningite de la convexité. — C'est elle surtout que nous avons eu en vue dans notre description générale, et nous en rapportons plus loin un exemple. Ce qui domine c'est l'*excitation* au point de vue moteur, sensitif, intellectuel. Les ictus y sont fréquents, le coma très rare. La terminaison se fait soit dans un ictus, soit par cachexie progressive et tuberculose pulmonaire comme dans le cas suivant.

[1] Oppenheim. — *Berlin Klin. Woch.*, n° 98, p. 1033.

[2] Nous avons vu plus haut que ce syndrome nous avait été donné par un anévrysme basal, associé à une thrombose de la sylvienne opposée.

OBSERVATION II. — SOMMAIRE : *Syphilis probable dans les antécédents. Début par des ictus incomplets. Hémiplégie droite. Aphasie passagère. Céphalalgie extrêmement vive et persistante. Troubles de la vue par neurorétinite. Douleurs dans les membres d'origine centrale. Agitation. Hallucinations de la vue et de la sensibilité générale. Délire violent. Cécité complète. Aucun trouble objectif de la sensibilité. Crises convulsives. Cachexie progressive. Tuberculose pulmonaire et pleurésie. Mort.*

AUTOPSIE. *Aucune altération des os ni de la dure-mère. Aucune altération des vaisseaux. Arachnitis et méningite pie-mérienne scléreuse généralisée, prédominant au niveau des régions moyennes de la convexité. Kystes superficiels (par dilatation des gaines lymphatiques ?). Pas de gommes.*

Mal... Marie-Rose, domestique, âgée de vingt-trois ans, entrée le 24 juillet 1894, au 3 femmes, service de M. le professeur Teissier.

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère sont bien portants. Six frères et sœurs en bonne santé. Une sœur morte de la diphtérie. Il ne paraît y avoir aucune tare nerveuse dans sa famille.

Antécédents personnels. — Aucune maladie sérieuse avant l'affection actuelle. Pas de nervosisme. Pas d'alcoolisme ni d'autre intoxication. Elle n'a jamais rien remarqué d'anormal du côté des organes génitaux ; n'a pas observé d'éruptions cutanées, pas de plaques dans la bouche. Ses ganglions sous-maxillaires se sont un peu hypertrophiés et ses cheveux tombent.

Histoire de l'affection actuelle. — *Juillet* 1893. Etourdissement, brouillard devant les yeux, chute, mais sans perte de connaissance, sans paralysie consécutive. Le tout ne dura que quelques minutes.

Août 1893. La malade venait de se lever ; tout d'un coup elle tomba, ne perdit pas connaissance, mais essaya vainement de se relever. Le *côté droit* était complètement *paralysé* ; la *parole* était *très génée*. Elle resta dans cet état trois semaines, puis l'aphasie disparut. L'hémiphlégie ne disparut, et incomplètement, qu'en décembre.

Février 1894. — Elle se trouve assez bien pour se placer comme domestique. Elle n'a pas suivi de traitement spécifique.

Juin 1894. — Apparition de *douleurs de tête* très violentes, lancinantes, occupant la nuque ou le front, s'exaspérant le soir pour acquérir leur maximum d'intensité la nuit, puis diminuer le matin. *Insomnie* tenace, vomissements fréquents, amaigrissement, lassitude extrême.

Entrée à l'hôpital le 23 *juillet* 1894. — Elle se plaint surtout des *douleurs de tête*, d'un *grand affaiblissement* de quelques brouillards devant les yeux. L'hémiplégie droite a laissé encore quelques traces.

Pas d'aphasie. Rien d'anormal à l'examen des divers organes. Pas d'albuminurie. Température normale. On institue le traitement spécifique.

30 *juillet* 1894. — La malade sort à peu près guérie.

Rentrée à l'hôpital le 8 *novembre* 1894. — En sortant de l'hôpital la malade est allée à la campagne. Elle a continué à prendre de l'iodure pendant trois jours, puis a cessé tout traitement. Depuis cette époque la *céphalée* n'a fait qu'augmenter ; elle est extrêmement vive, continue, généralisée; de temps en temps il y a des exacerbations : les douleurs deviennent insupportables, s'accompagnent d'irradiations orbitaires et circumorbitaires, et d'hyperesthésie des téguments. En même temps apparaissent des *vomissements* se répétant de demi-heure en demi-heure pendant toute une journée ; les matières vomies sont amères et bilieuses. Puis la céphalée diminue et les vomissements cessent. Pendant ces accès, il y a de *très vives douleurs dans les reins et les jambes ;* aucun trouble moteur, aucun trouble du langage, mais augmentation des troubles de la vision.

Ces *troubles de la vision* ont débuté peu après son dernier séjour. *Subjectivement* ils se caractérisent par une *diminution très grande de l'acuité* ; la malade a été obligée depuis longtemps de cesser ses travaux de broderie ; elle *voit tout en gris*, ne distingue plus les couleurs ; souvent des *brouillards* et des mouches volantes lui passent devant les yeux. Il n'y a jamais eu de diplopie. Pendant les exacerbations de la céphalée, il y a augmentation de ces troubles et souvent de la *photophobie*.

Actuellement, la *céphalée* paraît extrême et se reflète sur la physionomie par une expression de souffrance. Elle est *exagérée par la pression ;* il y a de l'hypéresthesie de tout le cuir chevelu ; pas de points localisés où la céphalée et l'hyperesthésie soient plus intenses. La percussion l'exagère au même titre que la pression, sans modification des caractères de la souffrance.

Il y a souvent des souffrances, quelquefois très vives dans les membres, sans que la malade puisse les localiser exactement. Il n'y a aucune altération macroscopique correspondante. Légère hypéresthésie généralisée des téguments, sans autres troubles objectifs de la sensibilité générale. Les mouvements passifs, la pression sur les os et les masses musculaires, ne provoquent pas de douleurs.

Examen des yeux. — Aucun trouble du côté de la musculature externe ou interne. *Rétrécissement concentrique* considérable du champ visuel qui ne comprend plus qu'un angle de 15-20°. *Achromatopsie* complète ; la malade ne distingue plus aucune couleur. *Diminution considérable de l'acuité :* la malade peut à peine lire l'en-tête d'un journal.

Examen ophtalmoscopique. — Les contours de la papille ont complètement disparu ; celle-ci est remplacée par une large tache

blanchâtre, faisant légèrement saillie, d'aspect rayonné très net. En dehors de la papille, les vaisseaux sont tortueux, diminués de volume, accompagnés pour la plupart d'un exsudat blanchâtre. Ces exsudats présentent en certains points un aspect nacré et paraissent en voie d'organisation, Les vaisseaux sont à peine visibles sur la papille; ils paraissent se perdre à quelque distance de son bord; pas de crochets bien nets. En quelques points, taches hémorragiques. Réactions normales des pupilles; il ne paraît pas y avoir de troubles de l'accommodation.

Il reste encore quelques traces de l'*hémiplégie* qu'elle a eue il y a quinze mois. La force est très diminuée au membre supérieur droit; au dynamometre = 18 ; du côté gauche = 24. Aux membres inférieurs, la malade n'accuse aucune diminution de force, elle résiste bien à tous les mouvements; la marche n'est pas troublée, mais il y a une exagération manifeste du réflexe rotulien à droite.

Aucun trouble du langage. Aucun stigmate d'hystérie. Pas d'albumine ni de sucre dans les urines. On institue le traitement spécifique.

4 *décembre* 1894. — Depuis son entrée la malade a eu 3 grammes de KI par jour et trois jours de suite, on lui a fait des frictions mercurielles. Il n'y a eu aucune amélioration. On ajoute 3 gr. de KI en lavement et on reprend les frictions.

21. — Il n'y a toujours aucune amélioration ; céphalée aussi vive, troubles de la vision aussi accentués, persistance d'un certain degré d'hémiplégie droite.

On donne 6 grammes de KI à l'intérieur et 3 grammes en lavements.

13 *janvier* 1895. — Il n'y a toujours aucun soulagement. On donne 8 grammes de KI en potion et 8 grammes en lavement. Frictions mercurielles.

20. — Aucune amélioration. On ajoute au traitement 4 gr. de Kbr.

28. — Pendant quatre jours la malade s'est trouvée considérablement soulagée par le Kbr; la céphalée avait diminué beaucoup et lui a laissé un peu de sommeil. Depuis quatre jours elle est revenue aussi violente, continue; elle présente comme autrefois des *exacerbations* irrégulières; celles-ci ne s'accompagnent plus de vomissements. Pendant ces crises douloureuses, elle prend des espèces de *vertiges*, un brouillard lui passe devant les yeux, elle est obligée de prendre un point d'appui pour ne pas tomber; elle ne voit pas les objets tourner autour d'elle. Souvent aussi elle entend des *bourdonnements* et des *sifflements ;* depuis quelque temps l'ouïe reste un peu affaiblie, elle n'entend la montre qu'à six centimètres. Pendant les crises douloureuses, quelquefois en dehors d'elles, elle éprouve des *douleurs très vives* dans les bras et les jambes, les

reins, la nuque ; ces douleurs ne sont expliquées par aucune altération locale, ne sont provoquées ni par la pression, ni par les mouvements actifs ou passifs. Il y a souvent aussi des douleurs vives dans l'abdomen, sans qu'on puisse les rapporter à aucun organe. On retrouve à l'examen les *mêmes signes objectifs* que plus haut.

Pendant les crises douloureuses, tantôt les pupilles, un peu dilatées, complètement immobiles, ne réagissent ni à la lumière ni à l'accommodation ; tantôt elles sont simplement paresseuses, réagissent lentement, puis se dilatent de nouveau rapidement. Il n'y a toujours aucun trouble de la musculature externe de l'œil.

Depuis trois jours, sans élévation de température, la malade a pris autour des lèvres de nombreuses *vésicules d'herpès.* Aucun trouble objectif de la sensibilité. La malade mange peu, elle a maigri beaucoup, son visage a pris une teinte terreuse.

5 *février* 1895. — Depuis une huitaine de jours l'intensité des douleurs s'est encore accrue ; la malade n'a plus aucun repos, pas un instant de sommeil ; elle pousse des cris continuels.

Jusqu'ici très docile, très reconnaissante des soins qu'on lui donne, elle se plaint maintenant de tout et à propos de tout. Elle *croit qu'on lui en veut*, que les sœurs en particulier font à dessein de mal la soigner, de ne pas lui donner ses remèdes, ni à manger ; ce qui, renseignements pris, est inexact.

Il y a de *l'agitation*, et ses cris continuels troublant ses voisines, on l'a transportée dans une chambre d'isolement. Elle ne s'est pas rendu un compte exact de l'endroit où on l'a transportée, croit qu'on l'a changée deux fois de lit, demande à revenir dans la salle commune. Elle a un peu perdu la mémoire, se sent toute changée, et manifeste la crainte de devenir folle. Hier elle s'est montrée tellement *agitée*, qu'on a été obligé de l'attacher.

10. — L'*agitation* a encore augmenté, on a été obligé de lui mettre la camisole de force. Elle reconnaît encore la plupart des personnes qui l'approchent. Elle présente des *hallucinations de la sensibilité générale*, se plaint qu'on lui ait fait une opération, prétend qu'un des élèves militaires lui a coupé la tête, elle croit être morte. Elle a aussi des *hallucinations de la vue* : elle voit tout rouge autour d'elle ; autant qu'on peut en juger, son achromatopsie est toujours complète.

Lorsqu'on la laisse seule, elle semble entretenir des *conversations avec des personnages imaginaires*, ou bien émet des vociférations sans suite. Délivrée de ses liens elle a essayé de se jeter par la fenêtre. Elle demande avec insistance qu'on la laisse partir.

1er *mars.* — A cause de son agitation et de ses cris, la malade n'a pu être conservée dans le service ; on l'a envoyée dans les chambres d'isolement de Saint-Martin. Pendant les premiers jours elle a continué à être très agitée, à délirer et à crier. Depuis quelques

jours elle est plus calme et on a pu la faire revenir dans la salle des femmes.

Les douleurs de tête se sont un peu calmées, quoique encore très vives. Les douleurs dans les membres et le tronc ont complètement disparu. Pendant son séjour à Saint-Martin il y a eu quelques vomissements.

9. — Depuis hier la céphalalgie a presque complètement disparu, elle n'éprouve plus qu'une certaine lourdeur de tête. Il n'y a plus de douleurs dans les membres. Elle se plaint surtout de *sa vision*. L'œil gauche est atteint d'amaurose complète ; la malade n'a même plus la sensation lumineuse lorsqu'on projette sur sa rétine la réflexion du miroir ophtalmoscopique. La pupille est moyennement dilatée et immobile.

L'œil droit est un peu moins atteint : la malade distingue d'où vient la lumière, elle voit très vaguement les objets et les personnes, mais ne peut reconnaître celles-ci, ne peut distinguer combien on lui présente de doigts, ni même si la main est ouverte ou fermée. La pupille un peu dilatée réagit encore à la lumière placée dans l'axe visuel ; elle ne réagit plus à une lumière placée latéralement.

A l'examen ophtalmoscopique, on voit à la place de la papille une large tache d'un blanc nacré, rayonné sur les bords, et se confondant insensiblement avec la rétine. Sur cette tache les vaisseaux sont filiformes et se perdent à quelque distance du centre.

L'hémiplégie persiste au même degré, avec exagération des réflexes rotuliens. Il n'y a toujours aucun trouble de la sensibilité objective. Il n'y a plus d'hallucinations ni de délire, mais une grande dépression intellectuelle et un affaiblissement de la mémoire. La malade ne se souvient plus de ce qui s'est passé pendant son délire et il est impossible d'en faire une étude rétrospective.

26 *mars*. — Depuis sa rentrée de Saint-Martin, la malade avait été relativement tranquille ; ses souffrances avaient diminué, elle ne vomissait plus, ne délirait plus. Depuis hier la céphalalgie est revenue extrêmement violente, accompagnée de vomissements répétés et d'incontinence d'urine.

9 *juin*. — L'état est resté stationnaire ; ce matin on constate quelques *secousses musculaires involontaires* dans les membres, plus prononcées au bras gauche et à la jambe droite.

12. — Ce matin on constate de la *raideur des muscles de la nuque*. En même temps ralentissement des battements cardiaques (52 à la minute) avec quelques irrégularités. Aucune sensation subjective de ce côté. Pas de dyspnée. La sensibilité est un peu moindre, et le réflexe cornéen diminué du côté droit de la face. Exagération des réflexes et trépidation épileptoïde du côté droit. Incontinence d'urine.

6 *juillet.* — Les douleurs sont très intenses, on fait des injections sous-cutanées d'antipyrine.

17. — Mêmes symptômes et mêmes constatations à l'examen. L'anesthésie dans le domaine du trijumeau droit n'existe plus. La malade s'alimente très mal, elle se cachectise rapidement.

31. — Hier à deux heures, la malade a eu une *crise couvulsive*, avec écume à la bouche et incontinence d'urine. Ces convulsions ne prédominaient pas d'un côté. Céphalalgie très intense. Les troubles bulbaires n'ont pas reparu.

10 *août.* — Nouvelle crise convulsive.

16 *octobre.* — Aucune amélioration. Cachexie progressive.

24. — La malade a eu plusieurs frissons et en même temps un violent point de côté et un peu de dyspnée. A l'auscultation, signes d'épanchement pleural gauche, remontant jusqu'à 3 centimètres au-dessous de l'épine de l'omoplate, au sommet vibrations sonorité, respiration diminuées, retentissement de la voix et de la toux. Un peu d'albumine dans les urines.

3 *février* 1896. — Vomissements répétés, intolérance gastrique presque absolue.

17. — La cachexie à fait des progrès considérables. L'amaigrissement est excessif, la faiblesse extrême. Les saillies osseuses sont le siège d'eschares. La céphalée est toujours très vive. L'intolérance gastrique est presque absolue. La cécité est complète des deux côtés. Pupilles égales, dilatées, immobiles. Pas de paralysie oculaire. L'hémiplégie persiste avec les mêmes caractères ; exagération des réflexes et trépidation épileptoïde à droite. Toujours aucun trouble de la sensibilité objective.

Il n'y a pas d'hallucinations; la mémoire est un peu affaiblie, mais pas d'une façon bien notable. Il y a un peu d'affaiblissement intellectuel, mais aucune idée délirante. La malade semble résignée ; malgré ses souffrances extrêmes, elle reste enfoncée dans ses draps sans un cri. Elle souhaite la mort avec instance.

5 *mars.* — Cachexie de plus en plus prononcée. Elle meurt sans présenter d'autres symptômes.

Autopsie. — *Cœur* très petit sans aucune lésion orificielle. *Reins* un peu augmentés de volume et congestionnés. *Foie* un peu augmenté de volume. *Poumons :* tuberculose ulcéreuse des deux sommets, prédominant à gauche.

Système nerveux. — Rien d'anormal à l'ouverture de la boîte cranienne, pas de lésion osseuse ; la dure mère est un peu congestionnée. Elle est sectionnée et rabattue, n'offre aucune lésion à sa face interne. Il n'y a pas de symphyse méningée. Il s'écoule une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. L'encéphale est extrait.

Les vaisseaux de la base ne présentent pas de lésions macrosco-

piques : leur calibre est normal et régulier, leur paroi est souple, régulière, d'aspect sain. Sectionnés ils ne présentent nulle part, ni thrombose, ni lésion de la paroi interne.

Au niveau du grand confluent de la base, l'arachnoïde ne peut plus se séparer de la pie-mère. Celle-ci est blanche, épaissie, dure, scléreuse, adhérente à la substance cérébrale. Il n'y a ni gommes, ni infiltrations gommeuses, seulement de la *méningite scléreuse*.

Sur la convexité, surtout à la partie moyenne, au niveau des circonvolutions rolandiques et pariétales : la pie-mère est blanche, presque nacrée, résistante à la coupe, ne se laissant pas détacher de la substance cérébrale à laquelle elle adhère fortement. La décortication est impossible. En somme *méningite scléreuse* très accentuée. Au niveau des lobes frontaux, occipitaux et temporaux les lésions sont les mêmes, mais moins prononcées. Cette méningite est aussi accentuée à droite qu'à gauche.

Sur la convexité on trouve encore des kystes de chaque côté : les plus petits ont la grosseur d'un pois ; le plus gros, de la grosseur d'une noisette siège dans le sillon de Rolando, à la partie moyenne. La paroi de ces kystes est très mince et transparente ; le contenu absolument limpide présente quelques flocons blanchâtres. Examiné au microscope, ce liquide n'a pas présenté de crochets, mais seulement, des flocons fibrineux [1]. Ces kystes semblent s'insinuer dans les sillons ; en écartant les deux circonvolutions voisines avec la pointe mousse d'une paire de ciseaux, on parvient facilement à les séparer de la pie mère, à les énucléer. Ils apparaissent alors rattachés à la convexité du cerveau par un pédicule très fin, qui apparaît nettement comme un vaisseau s'enfonçant dans la substance cérébrale.

Les hémisphères sont séparés ; les ventricules sont très dilatés, la membrane épendymaire est épaissie et sclérosée. Les *hémisphères* sont d'abord débitées en coupes horizontales, puis chacune des tranches en coupes verticales. La substance centrale surtout au niveau de la corticalité offre une consistance un peu plus grande qu'à l'état normal. On ne trouve ni gomme, ni hémorragie, ni ramollissements. Les *méninges* au niveau du cervelet et du mésocéphale présentent les mêmes caractères que plus haut. Aucune lésion macroscopique sur les coupes. La *moelle* est macroscopiquement saine.

Dans cette observation la symptomatologie a été assez tranchée pour que le diagnostic ne soit pas un instant douteux : l'intensité et la persistance de la céphalalgie, l'existence dans les membres de douleurs d'origine centrale, l'in-

[1] Cet examen a été fait par M. Lortet dont la compétence est bien connue.

tensité de la neuro-rétinite, l'agitation, les hallucinations, etc., ne pouvaient faire penser qu'à une localisation méningée. L'absence de paralysie dans le domaine des nerfs craniens, l'absence de dépression, éliminaient la localisation basale. Le peu d'importance des phénomènes de déficit, la conservation de la mémoire et de l'intelligence indiquaient l'intégrité relative de la substance cérébrale.

Nous donnons ici un tableau symptomatique de la *syphilis méningée*, que l'on comparera utilement à celui de la syphilis artérielle :

	Caractère général.	Prédominance des phénomènes *irritatifs* sur les phénomènes de *déficit*.	
I. *Analyse des symptômes.*	Motilité.	*a*). Rareté des paralysies flasques : les paralysie sont le plus souvent incomplètes, toujours accompagnées de raideurs ou contractures, de contractions involontaires, d'exagération des réflexes. *b*). Fréquence de l'épilepsie partielle.	
	Sensibilité.	*a*). Céphalalgie ne manque à peu près jamais, tantôt diffuse (épanchement ventriculaire), tantôt localisée, réveillée par la pression. *b*). Existence dans les membres de douleurs très vives d'origine centrale. *c*). Fréquence des hallucinations. *d*). Neuro-rétinite avec phénomènes inflammatoires très accusés.	
	Intelligence.	*a*). Délire actif violent. *b*). Pas d'affaiblissement notable des facultés intellectuels.	
Évolution et groupements symptomatiques.		Méningite aiguë.	1° de la base. 2° de la convexité.
		Méningite chronique.	1° de la base. 2° de la convexité.

CHAPITRE III

Syphilis gommeuse de l'encéphale.

Nous n'aurons en vue ici que les tumeurs gommeuses se développant et restant dans l'épaisseur de la substance cérébrale. Lorsque la gomme développée d'abord dans les méninges envahit secondairement le cerveau, ou bien inversement lorsqu'une gomme cérébrale envahit les méninges, les lésions méningées ajoutent leur note symptomatique, ou même le plus souvent dominent complètement la scène.

Les gommes du cerveau, ainsi comprises, sont assez rares : elles se présentent anatomiquement sous deux formes, soit gomme circonscrite entourée d'une capsule fibreuse, quelquefois facilement énucléable, soit infiltration gommeuse diffuse à limites indécises. Ces deux formes paraissent pouvoir être réunies dans le même tableau symptomatique.

§ I. Caractères généraux des symptômes de la syphilis gommeuse. — Nous avons vu que la syphilis artérielle donnait surtout des *symptômes de déficit*, qu'au contraire les *phénomènes irritatifs* prédominaient dans la syphilis méningée Dans la syphilis gommeuse *ces deux ordres de symptômes se trouvent réunis :*

1° Les *symptômes de déficit*, dépendant de la localisation de la lésion, sont très variables suivant les cas. Produits habituellement par la destruction de la substance cérébrale, quelquefois par la compression simple, ils présentent ce caractère d'être *très stables* une fois établis. C'est probablement ce qui a fait dire à Horsley qu'il n'avait jamais vu une gomme guérir sans opération. Existe-il dans l'encéphale des zones où une gomme puisse impunément se développer, détruire la substance cérébrale, sans donner des phénomènes de déficit? On l'a dit souvent, et on a désigné du nom de *zones latentes* certaines portions qui répondent à peu près aux zones que Flechsig [1], contrairement à Déjerine [2], considère comme dépourvues de fibres de projection, et qualifie de zones d'association.

Sans doute les zones de projection ont une symptomatologie plus grossière, plus évidente, puisque leurs lésions empêchent l'influx nerveux d'arriver à l'écorce ou d'en sortir. Les zones d'association, les sphères psychiques de Flechsig, présidant aux opérations plus délicates de la mémoire, de l'association des idées, du jugement, etc., donnent, quand elles sont lésées, des symptômes de déficit beaucoup plus difficiles à dépister. Mais nous ne croyons pas qu'il existe des zones véritablement latentes, les admettre serait affirmer que certaines portions du système nerveux ne servent à rien. On trouvera plus loin l'observation d'une

[1] Flechsig. — *Anat.* in *Rev. neur.* 1897, p. 292 et in *Année psych.*, 1897, p. 345.

[2] Déjerine. — *Société de Biologie*, 1897.

femme atteinte de gomme du lobe frontal gauche : à plusieurs reprises elle présenta des rémissions pendant lesquelles elle *paraissait* complètement guérie ; au moment où nous écrivons elle se dit également revenue à son état normal. Et cependant son état mental n'est peut-être pas absolument sain, comme on le verra par la lecture de l'observation. Seulement, dans ces cas les troubles objectifs sont extrêmement minimes, et les malades ne sont pas assez habitués à s'analyser eux-mêmes pour nous aider à dépister les phénomènes pathologiques. Peut-être les méthodes précises, universellement employées actuellement dans les laboratoires de psychologie, nous apporteront-elles plus tard des éclaircissements à ce sujet.

Nous n'avons pas à étudier ces phénomènes de déficit qui dépendent exclusivement de la *localisation* des lésions.

2° Les *phénomènes irritatifs* sont extrêmement variés; ils peuvent affecter la motilité, la sensibilité et l'intelligence avec les modalités les plus diverses. Nous ne pouvons les passer en revue ici, ce sont tous les *symptômes des tumeurs cérébrales*.

Nous dirons seulement un mot de leur pathogénie. On admet généralement qu'ils sont dus soit à l'extension progressive des lésions, soit à des phénomènes congestifs de voisinage, soit enfin à une action à distance que l'on n'explique pas, soit enfin à la compression vasculaire, ou à l'excès de tension intra-cranienne. L'extension des lésions n'explique ni les aggravations ni les améliorations brusques, et ne peut s'appliquer à tous les symptômes. Les phénomènes congestifs sont réels, mais réclament eux-mêmes une explication. L'action à distance n'explique rien, c'est se payer de mots. La compression vasculaire ou l'excès de tension sont réels, mais ne s'appliquent qu'à quelque cas ; l'excès de tension réclame d'ailleurs lui aussi une explication.

Nous avons déjà fait ressortir dans le tableau de la syphilis artérielle l'importance des intoxications et auto-intoxications. Nous croyons que dans la syphilis gommeuse c'est encore à elles qu'il faut avoir recours pour l'explication des poussées aiguës, des périodes d'exacerbations, dans lesquelles les phénomènes irritatifs acquièrent leur maximum d'intensité. Seules ces intoxications ne produiraient probablement aucun symptôme cérébral ; portant leur action sur une substance

cérébrale mise en état de moindre résistance, elles peuvent produire des symptômes bruyants. Ne suffisent-elles pas à faire délirer un cerveau héréditairement prédisposé ? Dans le cas qui nous occupe, la prédisposition est acquise au lieu d'être héréditaire, et de plus localisée en un point au lieu d'être diffuse.

L'origine de l'intoxication peut être multiple : elle est quelquefois exogène, mais le plus souvent endogène ; de là la nécessité d'examiner avec le plus grand soin le tube digestif, le foie, les reins, etc. Dans l'observation qui suit, la malade a pu être amélioré très notablement, voir rétrocéder complètement tous les phénomènes irritatifs, simplement par les antiseptiques intestinaux. Cette action toxique peut s'exercer sans troubles circulatoires, mais il est probable qu'il faut lui attribuer la congestion signalée autour des gommes et des tumeurs cérébrales en général. Nous serions même disposé, mais sans pouvoir apporter aucune preuve à l'appui, à attribuer aussi à une intoxication le ramollissement qui a été observé autour des tumeurs cérébrales (Bouveret[1]), que nous avons retrouvé nous-même autour d'un abcès du cerveau[2], et qui a été signalé aussi autour des gommes (Janson).

[1] Bouveret. *Lyon méd.*, 1895, t. LXXX, p. 279, et 1896, p. 459.

[2] Cette observation est inédite : il s'agissait d'un malade opéré d'un empyème dans le service de M. A. Pollosson suppléé par M. Tellier. Pendant sa convalescence, alors qu'il était encore porteur d'une fistule pleurale donnant beaucoup de pus, il fut pris soudainement d'un ictus épileptiforme, qui le laissa hémiplégique droit et aphasique total. Plusieurs ictus se succédèrent, puis il s'améliora rapidement. Lorsque nous le vîmes, il allait beaucoup mieux ; son hémiplégie était en voie de guérison, son état général meilleur, la suppuration de sa plaie commençait à se tarir. Mais il avait une hémianopsie latérale droite homonyme, de l'aphasie sensorielle (cécité verbale complète, un certain degré de surdité verbale), de l'agraphie, un peu de paraphasie. Le diagnostic s'imposait : embolie partie du poumon ou de la plèvre, *abcès du lobe occipital gauche*. En raison de l'absence actuelle de phénomènes irritatifs, nous fûmes d'avis d'attendre la guérison de la plaie avant de tenter une opération, tout en le surveillant étroitement pour intervenir à la moindre menace.

Malheureusement il fut pris d'un ictus apoplectiforme foudroyant et mourut en quelques heures.

A l'autopsie nous trouvâmes dans le lobe occipital gauche un gros abcès du volume d'une orange. Il flottait en quelque sorte dans la pulpe cérébrale ramollie tout autour, et formant une seconde cavité à paroi anfractueuse et mal limitée. L'abcès put facilement être extrait en entier.

La cause de ces ramollissements est très obscure. Bouveret les croit dus « soit à la compression qu'exerce le néoplasme sur le tissu cérébral voisin, soit au rétrécissement et à l'oblitération des petits vaisseaux comprimés ou envahis par la tumeur ». Mais plus loin il ajoute : « La lésion est parfois tellement étendue que cette explication n'est peut-être *pas toujours entièrement satisfaisante.* »

D'après l'explication que nous proposons, il y aurait toute une gamme croissante allant depuis l'irritation la plus légère se traduisant simplement par un peu de céphalalgie, quelques vomissements, etc., jusqu'à l'ictus apoplectiforme terminé par la mort, en passant par des phénomènes irritatifs de moyenne intensité : attaques épileptiformes, hémiplégie, etc. Tous ces phénomènes seraient sous la dépendance d'une intoxication (peut-être quelquefos d'une infection) portant son action autour d'une tumeur, d'un abcès ou d'*une gomme*. Au point de vue anatomique il est probable qu'on trouverait une gamme parallèle de lésions, allant de la congestion la plus légère au ramollissement, en passant par de la congestion intense ou de l'encéphalite.

La clinique nous autorise à faire cette hypothèse, et sans être fréquent, nous rappellerons que l'ictus apoplectiforme mortel, dernier terme de notre série, n'est pas exceptionnel dans les tumeurs gommeuses du cerveau. Gamel[1] en a rapporté plusieurs exemples.

A cette théorie de l'action des intoxications intercurrentes nous apporterons un dernier argument clinique. On sait que l'œdème de la pupille (Stauungs-papille), quand il est pur, quand il ne s'accompagne pas de phénomènes inflammatoires du côté du nerf optique de la rétine, ne donne que très peu de troubles fonctionnels : c'est un symptôme qu'il faut rechercher; les malades n'accusent souvent aucun trouble fonctionnel. Chez une malade dont nous rapportons plus loin

il ne présentait nulle trace de rupture; ses parois étaient fermes et assez tendues; à la coupe elles apparurent formées d'un tissu fibreux très résistant, enkystant parfaitement le pus.

Nous ne pûmes pas avoir de renseignements précis sur son état immédiatement avant l'ictus ; mais nous ne voyons guère qu'une intoxication ou une infection intercurrente susceptible d'expliquer les phénomènes et la lésion récente.

[1] Gamel (de Marseille). — Thèse Montpellier. 1871.

l'observation, nous fûmes surpris de trouver des troubles visuels très accusés, une diminution considérable de l'acuité, avec une stauungs-papille typique mais assez peu accentuée. Mais assez rapidement les troubles visuels s'améliorèrent, la vision revint à peu près à la normale, et cependant l'examen ophtalmoscopique montrait que les lésions restaient stationnaires. Cette amélioration coïncida avec l'usage des antiseptiques intestinaux. Il est donc permis d'attribuer une certaine influence à l'intoxication, aidée de l'œdème de la papille, dans la pathogénie de ces troubles visuels.

3° L'*examen ophtalmoscopique* peut apporter des notions importantes pour le diagnostic des tumeurs gommeuses du cerveau. Nous avons vu que dans la syphilis artérielle, le plus souvent la papille était saine ; que dans la syphilis méningée on avait soit de l'atrophie simple, soit de la névrite optique avec phénomènes inflammatoires très accusés, exsudats, stries blanchâtres le long des vaisseaux, saillie modérée de la papille, aspect rayonné très accusé.

Dans la gomme de l'encéphale, on trouve la papille étranglée, la stauungs-papille typique; la saillie est souvent considérable, 1 ou 2 millimètres, l'aspect est rosé, sans stries rayonnées bien accusées, il y a peu ou point d'exsudats le long des vaisseaux, assez souvent des hémorrhagies rétiniennes.

On voit que nous adoptons la distinction que de Græfe avait établie entre la névrite optique, qu'il regardait comme descendante, et la stauungs-papille qu'il attribuait à la stase. Les expériences de Deutschmann, en montrant que l'excès de pression ne suffisait pas, qu'il fallait une action toxique pour produire la stauungs-papille ; les constatations des cliniciens qui montraient qu'on trouvait soit dans les affections cérébrales, soit en dehors d'elles, tous les intermédiaires entre la névrite optique et la stauungs-papille ; enfin les travaux des anatomo-pathologistes qui affirmaient qu'il y avait toujours des phénomènes inflammatoires dans la stauungs-papille, ébranlèrent la théorie de de Græfe, et en même temps détruisirent les indications diagnostiques qu'on pouvait en tirer. Mais depuis quelques années on semble y revenir : Rochon-Duvignaud, Bouveret[1], admettent l'action tout au moins prédomi-

[1] Bouveret. — *Lyon méd.*, 1896.

nante de l'excès de tension intra-cranienne dans la pathogénie de la papille étranglée. Devic et Courmont[1] ont rapporté un cas où la cessation de l'excès de tension (ablation d'un gliome) fit disparaître l'œdème de la papille en vingt-quatre heures.

Sans prendre parti dans ce débat pathogénétique, nous croyons que l'œdème de la papille se rencontre surtout dans le cas de tumeurs gommeuses, la névrite optique surtout dans la syphilis méningée. Nous avouons cependant qu'il n'y a là qu'un degré de fréquence, la syphilis méningée pouvant parfaitement produire la stauungs-papille, et la syphilis gommeuse, la névrite optique. Uthoff en a cité des cas.

§ 2. Evolution. — Nous n'établirons pas de types cliniques : ce serait faire l'histoire des *tumeurs cérébrales*, dont les gommes *peuvent reproduire tous les symptômes*.

L'évolution est aussi celle des tumeurs cérébrales ; sa caractéristique est de se faire par *poussées successives*, avec des périodes de rémission souvent très longues. Suivant le siège de la lésion ces rémissions peuvent être plus ou moins complètes. Nous croyons *qu'il y a toujours un fond permanent* de symptômes de déficit : ceux-ci sont plus ou moins accusés suivant le siège de la lésion au niveau d'une zone de projection ou d'une zone d'association. Nous nous sommes déjà expliqués au sujet des zones dites *latentes :* cette latence résulte seulement de l'insuffisance de nos méthodes d'investigation. Sur ce fond permanent de symptômes de déficit, viennent de temps à autre brocher les phénomènes irritatifs ; nous avons vu sous quelle influence, d'après nous.

Pendant ce temps la gomme peut subir une double évolution. Elle peut, et c'est le cas surtout pour l'infiltration diffuse, s'accroître progressivement, déterminer des symptômes de plus en plus graves et se terminer par la mort dans le marasme ou dans un ictus. Elle peut, surtout la gomme circonscrite, se limiter par une coque fibreuse, s'enkyster complètement ; dans ce cas elle donne de moins en moins prise aux intoxications intercurrentes ; les exacerbations et poussées de phénomènes irritatifs deviennent de plus en plus rares. Les symptômes de déficit eux-mêmes peuvent s'atténuer, par suppléance des parties voisines, création de nou-

[1] *Revue de médecine*, 1897.

velles associations entre les neurones, ouverture de voies collatérales pour le trajet des réflexes cérébraux un instant supprimés; la guérison peut être complète.

En résumé, *la symptomatologie des gommes du cerveau est entièrement celle des tumeurs cérébrales*.

Dans la *syphilis artérielle* et *méningée* on pose d'abord le diagnostic de *syphilis cérébrale;* ce n'est qu'ensuite et par une analyse minutieuse des symptômes qu'on arrive, et encore pas toujours au diagnostic de la variété anatomique.

Dans la *syphilis gommeuse*, au contraire, on pose d'abord le diagnostic de *tumeur cérébrale;* ce n'est que par la connaissance des antécédents, la recherche des stigmates antérieurs et des symptômes concomitants, qu'on peut soupçonner la nature syphilitique. Le traitement spécifique peut apporter son secours habituel au diagnostic. Cependant il ne faut pas s'y fier d'une façon absolue; les améliorations spontanées sont fréquentes; elles peuvent aussi se produire par la cessation de l'intoxication intercurrente. Ce n'est que lorsqu'il guérira les symptômes de déficit qu'on pourra lui accorder une valeur diagnostique absolue.

Pour confirmer ces diverses notions nous ne pouvons mieux faire que donner l'observation suivante. Jusqu'à l'intervention chirurgicale, le diagnostic restait simplement *tumeur cérébrale*, sans que nous ayons pu en préciser la nature. L'autorité bien connue de M. Jaboulay en cette matière nous est un garant de l'exactitude du diagnostic de gomme syphilitique posé pendant l'opération.

Observation III. — Sommaire : *Début par de la céphalalgie, des vomissements, des troubles de la vue, des vertiges. Démarche ébrieuse, abolition des réflexes rotuliens, troubles visuels en disproportion avec les résultats de l'examen ophtalmoscopique qui révèle simplement de l'œdème papillaire. Amélioration par le traitement spécifique. Recrudescence des symptômes, apparition d'asthénie et de fermentations stomacales, hypochlorhydrie; amélioration par les antiseptiques intestinaux : amélioration des troubles visuels, les signes ophtalmoscopiques restant les mêmes. Apparition de raideur de la nuque, et de quelques phénomènes bulbaires : amélioration spontanée. Recrudescence des symptômes, crises épileptiformes débutant par la main droite, apparition de douleurs localisées à la région fronto-pariétale gauche. Trépanation simple suivie d'amélioration passagère. Trépanation avec ouverture des méninges et*

découverte d'une gomme. Etat mental particulier. Guérison en apparence complète.

C. Marie-Louise, concierge, entrée le 6 janvier 1896, salle 3° (femmes) dans le service de M. le professeur Teissier.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à quarante-cinq ans d'une pleurésie. Sa mère agée de soixante-sept ans est bien portante. Elle a deux frères et deux sœurs en bonne santé. Une de ses sœurs est mariée et mère de 4 enfants bien portants. Il ne parait y avoir dans la famille ni tuberculose, ni maladie nerveuse.

Antécédents personnels. — Scarlatine à l'âge de huit ans. Réglée à onze ans, mariée à dix-huit ans. Elle fut *anémique* de dix-huit à vingt-un ans; l'interrogatoire ne révèle aucun symptôme de syphilis pour cette période. Elle a deux enfants bien portants, l'une quatre ans, l'autre sept ans après son mariage. Il n'y a pas eu de fausses couches. Aucun signe pouvant faire songer à la syphilis si ce n'est une chute des cheveux assez prononcée depuis un mois.

Elle ne tousse pas, n'a jamais présenté aucun signe de tuberculose pulmonaire. Pas d'alcoolisme ni d'autre intoxication. Elle faisait simplement son ménage, n'était pas surmenée, se nourrissait assez bien. D'intelligence très modérée, elle n'a reçu aucune instruction, ne sait ni lire, ni écrire, n'a jamais appris aucun métier.

Histoire de l'affection actuelle. — Elle aurait débuté il y a un mois par de la *céphalalgie*, des *vomissements*, des *troubles de la vue*, des vertiges et des troubles de la marche. La *céphalalgie* était intense, bilatérale surtout frontale, a peu près continue. Elle est restée le symptôme dominant jusqu'à présent.

Les *vomissements* se produisaient à n'importe quel moment, *sans efforts* ni *nausées*, soit à jeun et alors étaient aqueux, soit immédiatement après l'ingestion d'aliments.

Les *troubles visuels* consistent surtout en un affaiblisrement assez notable de la vue, en brouillards. Elle a eu de la diplopie à plusieurs reprises mais d'une façon passagère.

Les *vertiges* se présentent par accès : elle éprouve une sorte d'étourdissement, voit tout tourner, est forcée de s'asseoir, sans cela elle perdrait l'équilibre et tomberait. La malade accuse encore une grande sensibilité au froid et des frissons répétés. Il n'y a jamais eu d'ictus. La menstruation, interrompue dix-huit mois par la dernière grossesse et l'allaitement, s'est rétablie depuis peu.

Examen de la malade. — La marche est encore possible, mais nettement ébrieuse ; la malade ne peut conserver la ligne droite, oscille à droite et à gauche, menace parfois de tomber. Cependant la station debout se fait sans difficulté les yeux ouverts ou fermés. La coordination se fait bien pour les mouvements exécutés au lit.

Il n'y a pas de paralysie musculaire, pas d'asthénie bien pronon-

cée; la malade résiste assez bien aux mouvements qu'on imprime à ses membres. Pas de paralysie faciale. Abolition complète des réflexes rotuliens.

Aucun trouble des divers modes de la sensibilité cutanée ou des parties profondes. Il n'existe sur le crâne aucun point douloureux, ni à la pression, ni à la percussion.

Rétrécissement assez prononcé du champ visuel; acuité très réduite, pas d'achromatopsie, aucun trouble de la musculature oculaire, réactions pupillaires normales.

Examen opthalmoscopique. — La papille, rosée, d'aspect un peu rayonnée, fait une saillie notable, affecte la forme d'un cône pointu; les vaisseaux font un crochet notable à leur entrée sur la papille, et paraissent se perdre un instant. Il n'y a pas d'exsudats inflammatoires. Quelques taches blanchâtres au niveau de la macula.

La malade accuse quelques bourdonnements d'oreille, mais il n'y a aucun trouble objectif; l'acuité auditive paraît normale. Aucun stigmate d'hystérie si ce n'est une diminution notable du réflexe pharyngien et un clignottement marqué des paupières, les yeux fermés.

La dentition est très mauvaise, les digestions sont paresseuses, les vomissements persistent.

Rien à l'examen des divers organes, poumons et cœur sains. Pouls = 64. Pas d'albumine. Aucune trace de syphilis ancienne ou actuelle.

Traitement : 1° Bioxyde de manganèse, 40 centigrammes; 2° cachets de quinine-antipyrine; 3° lavement avec bromhydrate d'Az H^3; 4° amers.

3 *Février.* — Amélioration très notable, il n'y a plus de vertiges. La céphalalgie seule persiste, ainsi que les troubles de la vue. L'*examen ophtalmoscopique* a été fait dans le service de M. Gayet. Voici la note qu'on a bien voulu nous communiquer avec un beau dessin signé Bourcier et représentant une stauungs papille typique.

L'œil droit. — La papille est augmentée de volume; elle présente une couleur rose et un aspect légèrement strié suivant la direction des fibres nerveuses. Ses bords paraissent flous et se délimitent mal de la région péripapillaire dans le secteur temporal. La saillie de la papille dans le corps vitré est considérable; mesuré par le procédé de Donders, elle s'élèverait à 1 mm. 2.

Congestion très marquée des veines qui présentent un double contour très net et sont très sinueuses. Anémie des artères qui sont rectilignes, filiformes, et se perdent avant d'atteindre le bord papillaire.

Dans la région maculaire dépôts punctiformes blanchâtres, à reflets nacrés; ébauche imparfaite d'une étoile maculaire partielle, reliquat probable d'anciennes hémorragies. Réfraction statique : emmétropie. Vision à 5 mètres = 1/6.

L'œil gauche. — Stase papillaire comme dans l'œil droit.

Saillie de la papille dans le corps vitré.

Congestion et tortuosité des veines, anémie du système artériel. Réfraction statique : emmétropie. Vision à 5 mètres = 1/4.

17 *Février.* — La céphalalgie est moindre. Les troubles de la vue s'accentuent : l'acuité est très réduite. Il y a un peu d'inégalité papillaire. L'état général est moins bon, la malade a maigri. On prescrit des frictions mercurielles.

26. — La céphalée a presque disparu, ainsi que les vomissements et les troubles de la marche. Les troubles visuels sont bien moins accentués, l'acuité a augmenté; les signes ophtalmoscopiques sont les mêmes. On prescrit dans une potion 2 grammes de K*br* et 2 grammes de KI.

3 *Mars.* — L'amélioration persiste et s'accentue. La malade a repris un kilo.

5. — Un peu d'inégalité pupillaire.

9. — Une crise douloureuse céphalique cette nuit. On ordonne des frictions mercurielles.

1er *Avril.* — L'amélioration a continué. La malade se dit guérie. Les troubles visuels ont presque entièrement disparu. Cependant les signes ophtalmoscopiques restent les mêmes.

30. — La malade sort paraissant entièrement guérie. Les signes ophtalmoscopiques restent les mêmes.

Rentrée le 26 *mai* 1896. — La malade était sortie paraissant à peu près guérie. Au bout de huit jours la *céphalée* a réapparu : elle occupe toute la tête, du front à l'occiput, bilatérale, très intense, continue mais avec des exacerbations passagères (5 minutes), mais très fréquentes et absolument intolérables.

Elle *vomit* tous les jours. Les troubles de la marche et les vertiges n'ont pas reparu. L'acuité visuelle est restée bonne. La démarche est normale, pas de troubles de l'équilibre.

La force musculaire paraît bien conservée à l'examen; cependant elle est un peu moindre au bras droit qu'au bras gauche. Mais surtout la malade accuse une *asthénie* très prononcée; le moindre effort amène une fatigue rapide et l'épuise. Réflexes rotuliens abolis.

Aucun trouble de la sensibilité, aucun trouble du côté de la musculature oculaire. Un peu d'inégalité pupillaire. Réactions normales; cependant quant on les expose à la lumière, les pupilles se contractent d'abord énergiquement, puis se dilatent brusquement et d'une façon considérable (?) L'acuité est restée bonne.

29 *Mai.* — Repas d'épreuves d'Ewald. Extraction une heure après. Aucune réaction au vert brillant. Réaction de Gunsburg négative. Teinte jaune par le négatif d'Uffelmann.

1er *Juillet.* — La malade n'a pris ni mercure ni iodure, elle a été traitée *uniquement par les antiseptiques intestinaux.* Il s'est produit

une *amélioration très rapide*, disparition de la céphalée et des vomissements.

15 *Juillet.* — Ce matin on trouve un certain nombre de phénomènes nouveaux. La tête est inclinée en avant et un peu à gauche; le menton touche presque l'articulation sterno-claviculaire. Elle est immobilsée dans cette position; les mouvements actifs sont impossibles, les mouvements passifs sont empêchés par la douleur. La pression de la nuque est douloureuse, sans points nettement localisés. Le toucher buccal permet de sentir une saillie très dure, osseuse, sur la face antérieure de la 4e ou 5e cervicale.

La malade parle difficilement et à voix basse; il n'y a ni lésions laryngées, ni paralysie des cordes vocales. Dyspnée assez intense. Un peu de tachycardie, pouls = 100. Pupilles dilatées.

On l'envoie dans un service de chirurgie, en émettant l'hypothèse d'une lésion tuberculeuse de la colonne vertébrale, en même temps qu'une localisation cérébrale pour l'explication des symptômes antérieurs.

Retour dans le service le 1er septembre 1896. — Quelques jours après son entrée dans une salle de chirurgie, la raideur de la nuque et les symptômes concomitants disparurent spontanément et subitement. Tous les mouvements de la tête et du cou redevinrent faciles.

Par deux fois, mais seulement pendant dix à douze heures, elle fut prise de symptômes semblables : *raideur de la nuque*, *immobilisation de la tête*, *douleurs*, *dyspnée*, *tachycardie*, apparaissant et disparaissant subitement sans cause appréciable.

Le 18 *août* elle eut dans la soirée une sensation spéciale d'engourdissement, « d'enflure » dans la joue droite et le bras droit. Le 19 *août* subitement elle eut d'abord un tremblement convulsif des doigts de la main droite, puis l'immobilisation de cette main par des contractions toniques, enfin les yeux et la face se convulsèrent; elle perdit connaissance. Cette crise fut suivie d'un sommeil profond.

Au réveil elle se retrouve dans son état habituel, ressentant seulement un peu de faiblesse dans le membre supérieur droit. Depuis, elle a eu deux crises semblables.

Examen du 3 septembre. Dans ses crises la malade n'a pas d'aura. Les convulsions commencent par la main, la perte de connaissance se produit quand la face est prise; les convulsions sont restées localisées à la face et au bras droit. Il n'y a plus ni vertiges, ni vomissements. La céphalalgie a beaucoup diminué. Actuellement elle se plaint uniquement d'une grande faiblesse, le moindre effort la fatigue.

A l'examen on trouve, en effet, une *diminution générale de la force musculaire*, surtout aux membres inférieurs. Le bras droit est un peu plus faible que le gauche. Il y a un très léger degré de parésie

faciale droite. La démarche est légèrement ébrieuse; les *réflexes rotuliens* complètement abolis.

Aucun trouble oculaire, si ce n'est à l'examen ophtalmoscopique qui fait voir toujours les mêmes lésions. En résumé, asthénie très prononcée, parésie très légère du membre supérieur droit et de la face à droite; abolition des réflexes rotuliens, œdème de la papille; crises passagères de deux ordres : tantôt crises convulsives localisées à la face et au bras droit; tantôt contractures des muscles du cou avec phénomènes bulbaires (dyspnée, tachycardie).

13 *septembre.* — La malade a eu deux nouvelles crises convulsives : elles ont débuté comme les précédentes par le bras droit, ont gagné la face, et amené une perte de connaissance; mais de plus elles se sont généralisées aux quatre membres.

15 *novembre.* — Sans aucun traitement il s'est produit une amélioration considérable. Il n'y a plus eu de crises convulsives. La céphalalgie et les vomissements ont disparu; il n'y a plus de vertiges, et la démarche est normale. Les troubles visuels n'ont pas reparu. La malade sort paraissant complètement guérie.

Rentrée dans le service le 6 *janvier* 1897. Quinze jours après sa sortie les accidents ont fait une nouvelle apparition. La *céphalalgie* est intense, continue, avec des exacerbations paroxystiques. Mais cette fois elle *est bien localisée*, occupe la région fronto-pariétale gauche, sur une étendue de 8-10 centimètres à partir de l'apophyse orbitaire externe et sur une hauteur de 4-5 centimètres. A ce niveau la pression est très douloureuse, ainsi que la percussion. La percussion dans un autre point du crâne produit des douleurs dans la région précédente. Il n'y a eu aucune modification objective appréciable à l'examen ni sur les téguments, ni sur la paroi osseuse.

Les *vomissements* sont fréquents, le plus souvent alimentaires, sans nausées. Il y a eu plusieurs *accès épileptiformes.* La malade les sent venir : elle sent sa figure se contracter à droite, puis les secousses gagner le bras droit. La perte de connaissance ne dure que quelques minutes. Les secousses convulsives ne se seraient pas généralisées.

Elle accuse des *palpitations* avec douleur au niveau du sein gauche, survenant fréquemment depuis quinze jours; de la *dyspnée* continuelle, même au repos. Il n'y a pas eu de nouveau des contractures du côté de la nuque. Pas de troubles visuels, pas de troubles auditifs, pas de troubles de la marche *à l'examen.* Démarche normale, pas d'incoordination, pas de troubles de la station debout les yeux ouverts ou fermés; plus de vertiges. Toujours asthénie très prononcée. La parésie faciale droite et du bras droit semble avoir disparu. Tremblements fibrillaires de la partie droite de la lèvre inférieure.

Aucun trouble du côté des yeux, si ce n'est à l'examen ophtal-

moscopique qui montre des lésions absolument stationnaires. Rien du côté des muscles de la nuque. Le toucher buccal montre toujours la même saillie osseuse, qui semble une exostose. Il y a un peu de tachycardie.

Dyspnée assez prononcée : mouvements respiratoires rapides, irréguliers, avec des périodes d'accélération, des pauses et même de courtes périodes d'apnée, mais sans régularité. Rien d'anormal à l'examen des poumons.

L'*état mental* paraît assez particulier. La malade reste dans son lit, sans s'occuper à rien, immobile et apathique. Elle répond mal aux questions qu'on lui pose, souvent par un monosyllabe, quelquefois en disant qu'elle ne se souvient pas. Elle dit cependant n'avoir pas perdu la mémoire : l'interrogatoire ne révèle en effet aucune lacune. Elle est indifférente à tout ce qui l'entoure, ne prête attention à rien.

28 *janvier*. — Amélioration notable : le pouls est normal. La respiration est toujours irrégulière, mais sans dyspnée notable. Douleur persistant au niveau de la région fronto-pariétale.

5 *mars*. — Depuis deux ou trois jours les douleurs de la région fronto-pariétale gauche auraient notablement augmenté. Hier soir crise épileptiforme, sans aura; début des mouvements convulsifs dans la main droite, opposition du pouce, puis généralisation au côté droit, à la jambe gauche, enfin au bras gauche; comme aux levers, pas d'émission d'urine. La perte de connaissance a duré un quart d'heure.

22 *mars*. — Crise semblable.

25. — Analyse des phosphates urinaires

Totaux.	$0^{gr},608$
Terreux	0 ,082
Alcalins	0 ,526

On la fait passer en chirurgie pour la trépaner. Voici la note qu'on a bien voulu nous communiquer du service de M. JABOULAY :

10 *avril* 1897. — M. Jaboulay a fait à la malade une trépanation au niveau des centres moteurs gauches. On ne découvre rien d'anormal et on n'incise pas la dure-mère. Depuis, la malade va mieux, elle n'a plus repris de crise; pas de phénomènes parétiques. L'acuité visuelle serait meilleure à droite. L'examen ophtalmoscopique montre toujours un œdème très marqué des deux papilles.

1er *juin* 1897. — Depuis la première opération la malade n'a pas repris de crises. La plaie est entièrement cicatrisée. La malade souffrant toujours et présentant un état mental qu'on trouvera analysé plus loin, on tente une nouvelle opération.

Le 31 mai 1897, M. Jaboulay applique une deuxième couronne de trépan en arrière de la première, à laquelle il la réunit par une brèche faite à la gouge et au maillet. Ouverture de la dure-mère,

qui ne présente aucune adhérence. On sent alors une masse dure, grisâtre, ne paraissant pas énucléable. M. Jaboulay fait le diagnostic de gomme syphilitique diffuse, et referme la plaie sans tenter l'extirpation.

3 *juillet* 1897. — La malade, qui n'avait pas été revue depuis sa sortie du service, est examinée aujourd'hui. Très léger degré de paralysie faciale droite. Parésie plus accentuée du membre supérieur droit qui reste habituellement inerte et pendant; cependant il exécute tous les mouvements prescrits, mais sans forces. Il ne semble pas y avoir de différence de force entre les deux membres inférieurs; la marche se fait bien, sans type particulier, n'est plus du tout ébrieuse. La station debout est facile les yeux ouverts ou fermés. Les réflexes rotuliens sont toujours abolis.

Asthénie assez prononcée, les mouvements s'exécutent sans force et provoquent rapidement de la fatigue. Aucun trouble de la sensibilité générale. L'acuité visuelle est restée bonne, il n'y a aucun trouble dans la musculature oculaire ni dans les réactions pupillaires. Pas de tremblement de la langue.

Etat mental. — La malade ne reconnaît aucune des personnes qui viennent la voir; seul son mari a été reconnu, mais au bout d'un instant elle l'a quitté sans rien lui dire, pour se promener dans la salle.

Son activité volontaire est très réduite : elle reste toute la journée assise ou couchée, indifférente à tout ce qui l'entoure; parfois elle va et vient dans la salle, mais d'une façon machinale et sans but. Elle ne manifeste aucun besoin, prend sa nourriture quand on la lui donne; souvent on est obligé de la faire manger comme une enfant. Elle ne sait ni demander le bassin, ni aller à la chaise; elle fait tout dans son lit, s'en barbouille les mains et la figure, sans paraître en souffrir.

Elle ne manifeste ni joie ni souffrances, sa figure exprime l'indifférence. Elle n'adresse jamais la parole spontanément ni à ses voisines, ni à ceux qui viennent la voir. A la plupart des questions elle répond « oui » ou « non » immédiatement. Cette réponse par monosyllabes se fait sans que la malade ait réfléchi si elle s'appliquait à ce qu'on lui demande. Aussi on lui dit : « Souffrez-vous »? elle répond : « Non. » Tout de suite après on lui demande : « Où souffrez-vous »? elle montre le côté gauche du crâne encore recouvert par un pansement. A la même question posée à différents intervalles elle répond tantôt « oui », tantôt « non ».

Elle comprend cependant tout ce qu'on lui dit. Elle obéit immédiatement à tous les ordres qu'on lui donne : « Levez-vous », « marchez », « reveneź », « joignez les talons », « fermez les yeux », « couchez-vous », « touchez avec votre doigt le bout du nez », etc., etc. Tous ces ordres sont exécutés immédiatement et fidèlement.

La malade n'a pas non plus d'aphasie motrice; elle dit son âge, son nom, le lieu de sa naissance, le mois et l'année actuels... etc. Tous ces courts membres de phrases, les seuls qu'on puisse obtenir, sont prononcés correctement. Il n'y a pas de paraphasie. Les réponses qu'on obtient, paraissent uniquement réflexes. Aussi est-il très difficile de se rendre compte des lacunes de sa mémoire.

Il n'y a aucune idée délirante. La malade est tranquille, ne fait pas de bruit, dort assez bien. Elle a maigri considérablement, s'alimente mal, a pris un aspect cachectique. Sa plaie est en voie de cicatrisation.

13 *août* 1897. La malade est revenue dans le service, sa plaie est complètement cicatrisée. La brèche osseuse est un peu rétrécie par des productions osseuses périphériques amenant un épaississement de la paroi cranienne. Pas de battements au niveau de la brèche. Elle se dit complètement guérie, accuse seulement un peu de faiblesse. Les forces ont augmenté, la marche est normale. Il y a encore un très léger degré de paralysie faciale, et de parésie du membre supérieur. Réflexes rotuliens abolis. Il n'y a plus de céphalalgie; la pression et la percussion ne sont douloureuses en aucun point.

A l'examen ophtalmoscopique : l'œdème de lapupille a beaucoup diminué; cependant elle fait encore une certaine saillie, les vaisseaux font encore un léger coude.

L'état mental est bien meilleur et paraît au premier abord presque normal. Cependant on observe que la malade reste constamment au pied de son lit sans s'occuper à rien; qu'elle paraît indifférente à tout, paraît vivre d'une vie exclusivement organique. Elle a refusé de s'occuper à des travaux d'aiguille, ne cause pas à ses voisines. On trouve actuellement un certaih degré d'aphasie motrice qui auparavant était masquée par l'état mental. Dans une phrase un peu longue elle est souvent arrêtée par un mot qu'elle ne peut trouver, et bredouille, mais ces lacunes sont très peu considérables

Nous n'avons pas à insister sur les symptômes qu'a présentés notre malade, ni sur leur évolution. Cette observation justifie ce que nous avons dit plus haut. *La gomme évolue comme toute tumeur cérébrale.*

Nous nous sommes efforcé dans cette étude de poser les bases du diagnostic différentiel entre trois variétés anatomiques de syphilis cérébrale. Nous n'apportons, il est vrai, que trois observations comme pièces justificatives. On comprendra cette pénurie de documents, étant donné que nous voulions apporter des *types purs*, sans mélange de lésions diverses, et avec vérification indiscutable du diagnostic. Nous

nous sommes d'ailleurs néanmoins inspiré et des travaux de nos devanciers et de notre expérience *clinique* personnelle. On nous objectera sans doute que très rares sont les types aussi nettement différenciés que ceux que nous présentons. Nous l'accordons volontiers, mais en faisant remarquer que leur détermination n'en est pas moins très utile, et qu'elle doit nécessairement précéder celle des types plus complexes résultant de l'association de lésions diverses.

CLINIQUE MENTALE.

LA PARALYSIE GÉNÉRALE[1];

Par le Dr Alexandre PÂRIS,
Médecin en chef de l'asile de Maréville-Nancy.

Sous cette dénomination ou plutôt sous celle de « paralysie générale progressive » on englobait jadis maints groupes symptomatologiques que l'on a distingués peu à peu sous l'étiquette « pseudo-paralysie générale ». C'est ainsi que l'on est arrivé à différencier une pseudo-paralysie générale alcoolique, une pseudo-paralysie générale saturnine, etc., etc., faisant du type classique, ou donné comme tel, la soi-disant paralysie générale proprement dite, une affection surtout d'origine spécifique, d'origine syphilitique.

Pourquoi ne pas en faire aussi une pseudo-paralysie générale? Pourquoi est-ce celle-là qui doit servir de type plutôt que la pseudo-paralysie générale alcoolique, par exemple? Choix du hasard ou plutôt, comme nous le verrons dans un instant, résultat d'une observation insuffisante.

Si l'on disserte depuis plus d'un demi siècle sur cette question de la paralysie générale sans parvenir à l'élucider, sans

[1] Communication au Congrès de médecine mentale et neurologie de Bruxelles, 1897.

pouvoir rattacher clairement à une cause principale tous les symptômes et toutes les lésions que l'on voudrait comprendre sous la dénomination « paralysie générale », c'est peut-être parce que l'on a fait un faux départ, parce que l'on s'est engagé dans une voie sans issue. Plus je réfléchis à la question et plus je crois que l'on a fait fausse route.

Les descriptions classiques du type « paralysie générale » n'impliqueraient-elles pas déjà par elles-mêmes l'existence de diverses variétés de paralysies générales? Mon but est surtout d'établir qu'aucune de ces variétés ne peut être considérée comme constituant une entité morbide.

On dit, par exemple, que la paralysie générale peut affecter diverses formes, une forme exubérante, une forme dépressive, une variété ascendante ou spinale (lésions s'étendant de la moelle à l'encéphale) ou, inversement, une variété descendante ou encéphalique, etc., etc., mais a-t-on jamais cherché sérieusement la cause ou les causes de ces déviations du type principal que l'on s'est tracé, les rapports des caractères symptomatiques particuliers à telle forme et des lésions ou des causes de cette forme ?

Les opinions émises relativement à l'existence ou à la non-existence d'hallucinations dans la paralysie générale n'indiquent-elles pas par leur diversité des signes de diagnostic différenciel, n'impliquent-elles pas qu'il peut y avoir hallucinations dans telle paralysie générale ou plutôt dans la période paralytiforme de telle intoxication (saturnine, par exemple), alors que les hallucinations feront complètement défaut dans la phase paralytiforme de telle autre intoxication.

Tous les traités classiques donnent tout d'abord à la paralysie générale proprement dite une marche progressive, mais ils arrivent peu à peu à indiquer aussi que cette soi-disant affection progressive peut être interrompue dans sa marche, que l'on observe souvent des rémissions, tantôt courtes, tantôt longues, parfois de plusieurs années, que l'on constate parfois une certaine rétrogradation. Quelle est l'étiologie spéciale, la pathogénie spéciale de la paralysie générale entrecoupée de rémissions courtes, quelle est l'étiologie, la pathogénie de la paralysie générale entrecoupée de rémissions très longues et comment se fait-il qu'il y ait à côté d'elles une paralysie générale à marche progressive et

continue ? Evidemment ces évolutions différentes doivent impliquer que les causes prédisposantes et déterminantes ne sont pas les mêmes dans tous les cas.

On attribue généralement aussi à la paralysie générale proprement dite une durée assez variable, tantôt de quelques années, tantôt de huit à dix ans; on constate même qu'elle peut durer plus longtemps, mais on écrit tout cela sans se soucier du rapport qu'il peut y avoir entre la durée et l'étiologie. N'est-ce pas à une différence d'étiologie que peut être attribuée la différence de durée des paralysies générales chez l'homme et chez la femme?

Quant aux terminaisons, on les trouve aussi sensiblement différentes: les hommes, par exemple, succombent plus fréquemment que les femmes par ictus congestif, par convulsions épileptiformes, etc., le sexe faible arrivant plus habituellement au dernier degré du marasme paralytique. On se borne généralement à constater ces différences sans tenter de les expliquer par une étiologie différente. On agit de même en face de divers phénomènes donnés comme complications, convulsions épileptiformes, contractures musculaires, etc.

Il n'est pas jusqu'à l'anatomie pathologique qui ne fournisse matière à interprétations diverses et dont on néglige d'établir tous les rapports avec la symptomatologie et l'étiologie : pour les uns la paralysie générale est due à une altération inflammatoire du parenchyme encéphalique ; pour les autres c'est une inflammation du tissu interstitiel, une sclérose, qui doit être accusée; pour d'autres elle est le résultat d'une altération du parenchyme par intoxication, par infection, d'une altération par troubles du grand sympathique, etc., etc. Peut-être les uns et les autres sont-ils dans le vrai, puisque l'on observe tant de variétés, tant de sujets de controverse dans la symptomatologie, la marche et les terminaisons de cette soi-disant paralysie générale.

Il a fallu quelques cas de guérison, guérison relative tout au moins, quelques cas de disparition des troubles somatiques, pour que l'on songe à diminuer l'étendue du domaine de la paralysie générale proprement dite; mais, comme dans ces cas il y avait eu possibilité de rapprochement du type que l'on s'était donné comme classique, on a tenu à rappeler cette parenté dans la dénomination à leur affecter ; c'est ainsi

que l'on a créé les pseudo-paralysies générales. On a fait, par exemple, la pseudo-paralysie générale alcoolique, la pseudo-paralysie générale saturnine.

Tous les individus qui font des excès alcooliques intenses et continus ne finissent pas par la pseudo-paralysie générale ; tous les saturnins les plus intoxiqués ne succombent pas pseudo-paralysés généraux, car il y a chez ces individus différence de résistance des organes à tels ou tels poisons, prédisposition par constitution originelle ou acquise de tels où tels organes plus spécialement, etc. ; mais les pseudo-paralysés généraux alcooliques ou saturnins ont, habituellement, présenté tout d'abord des accidents psychiques qui les faisaient considérer comme atteints de folie alcoolique ou de folie saturnine et les troubles somatiques qui leur ont peu à peu valu l'étiquette de pseudo-paralysés généraux, n'ont éclaté que plus tard, parfois longtemps après les premières manifestations d'une intoxication. De sorte qu'il m'est permis de ne considérer, comme je l'ai établi ailleurs, notamment dans une communication à l'Académie de médecine de Paris (1892) et dans la *Revue médicale de l'Est* (1893) [1], ces pseudo-paralysés généraux que comme des individus arrivés à une phase paralytiforme ou paralytique de l'intoxication alcoolique ou du saturnisme. Je me demande dès lors où est la nécessité d'isoler cette phase d'intoxication pour en faire une entité morbide.

Mais, me dira-t-on encore, la paralysie générale alcoolique, la phase paralytiforme, selon vous, de l'alcoolisme, par exemple, n'est pas nécessairement précédée de troubles intellectuels manifestes de folie alcoolique délirante et hallucinatoire ? J'y souscris volontiers ; mais les troubles mentaux ou de sensibilité sont-ils donc les mêmes chez tous les alcooliques, toutes les aliénations mentales d'origine alcoolique se ressemblent-elles donc et n'est-il pas plus naturel de penser que bien souvent c'est la tare héréditaire qui donne la note, la forme de la folie alcoolique : exubérante chez certains cérébraux, l'aliénation mentale affectera la forme de manie rémittente, par exemple, chez des alcooliques descendants de vésaniques ou de nerveux ivrognes (n'y a-t-il pas des individus qui ont toujours l'ivresse gaie, d'autres qui l'ont

[1] Phase paralytiforme de l'alcoolisme et du saturnisme.

toujours triste ou qui passent par diverses phases) ; chez d'autres sujets ayant une autre organisation nerveuse congénitale, l'aliénation mentale ne se traduira que par de l'obnubilation intellectuelle, de la confusion mentale, de sorte que l'on pourra voir, selon la prédisposition individuelle, la phase paralytiforme ou paralytique de l'alcoolisme précédée ou de troubles bruyants ou de phénomènes psycho-sensoriels à caractères de rémittence ou simplement de confusion mentale, d'obtusion intellectuelle.

La détermination de la forme peut être fixée à la fois *par la prédisposition nerveuse*, héréditaire ou acquise, et *par la nature des spiritueux* le plus habituellement consommés en excès ; c'est ainsi que l'on peut assez facilement différencier les folies alcooliques suivant qu'elles ont pour causes les abus d'absinthe, de vermout, ou les excès d'alcool de poires, de pommes, etc., ces derniers, notons-le incidemment, ne conduisant qu'exceptionnellement à une période paralytiforme ou paralytique, cela résulte de nos observations et de celles de la plupart de nos collègues des asiles de l'Ouest.

C'est à la nature des spiritueux agents d'intoxication que l'on pourrait très probablement rapporter bien souvent diverses prétendues complications signalées dans le cours des paralysies générales, convulsions épileptiformes, contractures, etc., troubles qui sont peut-être caractéristiques de telles ou telles intoxications aboutissant à une période dite de paralysie générale. C'est une probabilité à laquelle les expériences de M. Laborde permettent au moins de faire allusion.

Des réflexions analogues trouveraient naturellement place à propos de chacune des intoxications ou auto-intoxications comprenant dans leur évolution complète des périodes paralytiformes ou paralytiques dites pseudo-paralysies générales. A mesure que l'on étudie mieux la soi-disant paralysie générale et quant à son étiologie et quant à sa symptomatologie complète, sans négliger les signes de second plan, et quant à son évolution et à ses terminaisons, on est tenté d'augmenter le nombre des pseudo-paralysies générales.

La paralysie générale conservée encore comme type et à laquelle la plupart des maîtres de nos jours inclinent à attribuer comme cause générale la syphilis, déconcerte bien souvent encore les cliniciens et par la diversité des rémissions, et

par les variations symptomatiques, et par l'évolution, et par les accidents dits intercurrents, et l'on est bien tenté quelquefois d'en distraire une pseudo-paralysie générale syphilitique et de laisser comme type classique une forme conduisant progressivement à la mort en deux ou trois ans, ou par ictus congestif ou par marasme.

Dn reste, l'opinion qui veut que la paralysie générale proprement dite soit toujours d'origine syphilitique ou hérédo-syphilitique ne repose pas sur des bases bien solides, sur des observations bien probantes, et à toutes les objections qui lui ont été opposées déjà et que M. Christian, de Charenton, accentuait récemment encore dans les *Annales médico-psychologiques*, il s'en ajoutera chaque jour de nouvelles. En voici, par exemple, quelques-unes encore :

1° Si l'hérédo-syphilis peut être cause de paralysie générale, comme on l'en accuse, comment se fait-il que la paralysie générale soit beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme alors que les syphilitiques ont autant, si ce n'est plus, de descendants femelles que de descendants mâles?

2° Les cas d'hérédo-syphilis se rencontrent dans tous les rangs de la société et cependant la paralysie générale est extrêmement rare, je pourrais même dire exceptionnelle chez la femme privilégiée par la fortune ;

3° La syphilis est, d'une façon générale, plus grave chez la femme que chez l'homme ; la femme est plus sujette aux gommes, aux nécroses, nez en lorgnettes, perforations du frontal, etc. ; je n'ai pas encore observé de paralysées générales porteuses de ces traces indélébiles si manifestes de syphilis grave, et cependant j'ai vu déjà un assez graud nombre de syphilitiques défigurées par des altérations profondes (depuis vingt ans) ;

4° La syphilis étant habituellement plus grave chez la femme que chez l'homme, il est assez singulier que la paralysie générale, si elle est réellement d'origine syphilitique, ait une durée moindre chez l'homme que chez la femme ;

5° La plupart de nos collègues des asiles de Normandie ne rencontrent qu'un nombre infime de paralysés généraux ; y a-t-il cependant beaucoup moins de syphilis en Normandie que dans les autres régions? etc.

Ceci dit pour établir qu'il n'est pas très logique de prendre

pour type des états paralytiformes indûment baptisés de la dénomination « paralysie générale » un état pathologique dont l'étiologie est encore aussi discutable et aussi obscure, et pour montrer que ce soi-disant type de paralysie générale pourrait aussi bien, sinon avec plus de raison, être fourni par une autre pseudo-paralysie générale mieux connue et moins discutée. Mais nous ne trouvons pas là, en somme, cette paralysie générale classique, tronc en quelque sorte de la vieille paralysie générale ébranchée ?

Je crois aussi qu'il peut y avoir, suivant les prédispositions spéciales, des syphilis qui aboutissent, comme l'alcoolisme et le saturnisme, à une phase paralytiforme ou paralytique; mais ce n'est là aussi qu'une phase de l'évolution d'une intoxication, phase que l'on n'est nullement fondé à distraire sous le nom de pseudo-paralysie générale.

Nous constatons, en résumé, que la création de toutes les pseudo-paralysies générales a été justifiée par des caractères différentiels et que la synthèse de tous les caractères de ces pseudo-paralysies générales donne la soi-disant paralysie générale proprement dite, décrite comme type. Et nous sommes amené, par suite, à considérer *ce type comme la résultante d'une association d'intoxications; qu'y a-t-il d'extraordinaire et d'illogique, par exemple, à admettre que la soi-disant paralysie générale typique est le résultat d'intoxications du même individu par excès alcooliques, tabac, syphilis, veilles prolongées, fatigues, etc., avec possibilité de prédominance d'une intoxication, les autres jouant à son égard le rôle de circonstances aggravantes.*

N'est-ce pas parce qu'il y a plus souvent chez l'homme association de circonstances, de causes aggravantes plus nombreuses à une cause prédominante que la paralysie générale de l'homme est habituellement de plus courte durée que celle de la femme. Les associations d'intoxications ou d'excès ne sont-elles pas moins fréquentes et moins complexes chez la femme, moins variées aussi les symptomatologies des états paralytiformes chez la femme ? Enfin, je le répète, les descriptions classiques du type paralysie générale ne sont-elles pas la synthèse de tous les symptômes, de tous les caractères observés dans toutes les paralysies ou pseudo-paralysies générales, synthèse établie sans préoccupation des rapports étiologiques et symptomatiques ?

Il n'y a donc pas plus lieu, à mon sens, d'admettre une paralysie générale entité morbide, qu'il ne serait logique de faire une entité morbide de l'ascite ou de l'anasarque. La paralysie générale se réduit en dernière analyse à une agglomération de pseudo-paralysies générales qui elles-mêmes ne sont, prises isolément, que phases daus l'évolution d'intoxications, et qui, par conséquent, ne peuvent pas logiquement être prises comme unités cliniques, ainsi que je le disais déjà dans une communication au Congrès de médecine mentale et neurologie de Nancy (août 1896).

On ne manquerait pas de m'objecter que je ne vois comme causes de la paralysie générale que des intoxications banales. alcoolisme, nicotinisme, syphilis, etc., mais que l'on peut rencontrer des paralysés généraux qui n'ont pas été atteints de syphilis, qui n'ont commis ni excès alcooliques, ni abus de tabac, etc.; cependant on trouvera toujours chez ces prétendus paralysés généraux quelques causes d'intoxication ou, si l'on préfère, d'auto-intoxication, ne serait-ce que le surmenage intellectuel, les veilles prolongées, la neurasthénie. par exemple, et un terrain préparé, un organe plus spécialement fragile par hérédité ou maladie fœtale ou par constitution acquise défectueuse et cette soi-disant paralysie générale, en réalité cette phase ultime d'auto-intoxication, aura, comme les phases correspondantes des autres intoxications. des soi-disant pseudo-paralysies générales, quelques symptômes différentiels, et n'en aurait-elle pas qu'il ne serait pas plus logique de la considérer comme une maladie qu'il ne serait logique de considérer l'anasarque, phase ultime commune à diverses affections organiques, comme une entité morbide. A-t-on jamais songé sérieusement à voir dans l'ensemble des symptômes de l'urémie la symptomatologie d'une entité morbide ?

La dénomination « paralysie générale » ne rappelle presque rien du passé, presque rien des phénomènes pathologiques antérieurs, presque rien de l'étiologie de la maladie dont elle ne représente qu'une période, de même que le diagnostic «ascite » tout court n'aurait qu'une signification très incomplète puisque l'ascite peut être conséquence d'affections cardiaques, de cancer du foie, etc.

Cette façon d'envisager les paralysies générales ne peut être nettement établie que par des analyses de faits; j'en ai

déjà recueilli et publié un certain nombre, notamment dans un travail soumis à l'Académie de médecine de Paris en 1892, et publié dans la *Revue médicale de l'Est* en 1893, où j'ai établi que les pseudo-paralysies générales alcooliques et saturnines devaient être restituées aux affections d'origine toxique dont elles ne sont que phases. Beaucoup d'autres cas assez variés, que je n'aurais pu exposer ici dans le peu de temps affecté à chaque communication, seront analysés prochainement dans une thèse inaugurale.

Mon but, aujourd'hui, est simplement de placer la question de l'étude de la paralysie générale sur un terrain sensiblement différent de celui qui sert depuis si longtemps de champ d'observation et d'indiquer la voie qui me semble devoir être celle de la vérité.

Si ces vues sont exactes, comme je le crois, elles nous permettront bientôt, en présence de cas rappelant nos anciennes paralysies générales et les renseignements commémoratifs aidant, de formuler plus facilement un pronostic et d'instituer un traitement d'autant plus rationnel que nous connaîtrons mieux l'intoxication en présence de laquelle nous nous trouverons.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

. Hermaphrodisme psychique. Notes sur la perversion sexuelle, avec deux cas cliniques d'inversion sexuelle ; par le Dr W. Lee Howard.

Après quelques considérations générales et courantes sur l'inversion et la perversion sexuelles, l'auteur rapporte deux cas intéressants d'inversion sexuelle. Le premier est une description faite par le malade lui-même.

Il s'agit d'un homme de trente ans, vigoureux, bien constitué, qui dès son enfance, eut toujours des goûts féminins: « Je ne puis mieux définir mon état qu'en disant que je suis une femme dans un corps d'homme. Aussi loin que je puisse me rappeler, je n'ai jamais eu de désir plus violent que celui d'être une fille, et je souhaitais toujours un miracle qui puisse me transformer ! » La vue d'un homme beau

et fort le trouble, le transporte, mais, au contraire de ce qui se rencontre ordinairement dans l'inversion sexuelle, il ne se mêle à cet amour aucune idée de pédérastie, cette pratique lui inspirant le plus grand dégoût. Caresser et embrasser l'objet de son amour est tout le bonheur qu'il souhaite.

Dans le second cas, il s'agit d'un artiste de trente-huit ans chez qui l'inversion sexuelle se présente comme une sorte de dédoublement de la personnalité, survenant par crises toutes les quatre semaines. En temps ordinaire, ce malade a toutes les habitudes et les instincts d'un homme, avec un certain degré d'inappétence sexuelle, tant pour l'un que pour l'autre sexe. Quelques jours avant sa crise, son caractère devient irritable, il ne peut rester en place ou dormir, il oublie en quelque sorte son autre personnalité pour n'avoir plus à l'esprit que des idées d'amour pour son propre sexe, se considérant comme changé de sexe. Cette crise cède à des pratiques de masturbation, et le malade retrouve pour quelques semaines sa personnalité masculine. (*The alienist and neurologist*, avril 1897.) E. B.

II. Intempérance, mariages consanguins et surmenage intellectuel considérés comme facteurs dans la production des maladies nerveuses et la dégénérescence de la race; par le Dr Fr. Bateman.

Si les auteurs ne sont pas tous d'accord sur le rôle de l'intempérance dans la production de la folie, les uns trouvant l'alcoolisme comme cause dans 50 p. 100 des cas de folie, d'autres dans 40 p. 100 seulement ou moins encore, l'accord est beaucoup plus grand pour constater que l'abus de l'alcool détermine une déchéance dans la vitalité, une dégénération du tissu nerveux qui peut amener le développement de l'idiotie dans les générations subséquentes.

De fait, une statistique du Dr Howe, dans le Massachusets, montre que sur 359 idiots, un quart à peine étaient nés de parents qu'on pouvait considérer comme tempérants, et les statistiques abondent dans ce sens. Au sujet des mariages consanguins, l'auteur estime qu'on a, jusqu'à présent, donné une trop grande importance à la consanguinité comme facteur dans la production de la folie, et que, dans les cas considérés, d'autres facteurs importants avaient concurremment contribué au développement de la défectuosité mentale [1].

Un important agent de production des maladies mentales et nerveuses est le surmenage intellectuel, qui correspond à une augmentation notable des cas de suicide chez les adolescents. Ce

[1] C'est également la thèse que nous avons soutenue dans diverses publications soit dans les *Archives de Neurologie*, soit dans le *Progrès médical*. (B.)

surmenage se manifeste particulièrement chez la femme moderne, pour qui la multiplication des champs d'énergie et des carrières qui lui sont ouverts a donné autant de désavantages que de profits.

Tout en voyant avec plaisir le mouvement féministe actuel, tout en approuvant l'émancipation progressive de la femme, l'auteur estime qu'un certain frein serait utilement apporté au surmenage intellectuel imposé à la jeune fille « fin de siècle », et qu'une femme mathématicienne par exemple sera peu apte aux devoirs et aux responsabilités de la maternité, en même temps que les qualités mentales de ses enfants auront bien des chances pour être au-dessous de la moyenne. (*The alienist and neurologist*, avril 1897.)

E. Blin.

III. Hérédité de la folie; folie et mariages consanguins, etc.; par le Dr Stearns.

Sur 870 malades entrés à l'asile d'Hartford, dans le Connecticut, l'auteur en a rencontré 193 qui présentaient des aliénés dans leur hérédité directe ou indirecte. Si grande que soit cette proportion, elle est de beaucoup inférieure à la réalité, car il est fort difficile d'obtenir des familles des renseignements précis à ce sujet.

Après quelques considérations sur les conditions générales de l'hérédité, l'auteur ayant examiné la question des mariages consanguins, conclut que les dangers de résultats défavorables consécutifs aux mariages consanguins ne tiennent pas au fait lui-même de rapports entre parents, mais aux probabilités d'aggravation des caractères ou prédispositions à des formes spéciales de maladies inhérentes aux deux parties. (*The alienist and neurologist*, janvier 1897.)

E. B.

IV. Des idées de richesses et de grandeur chez les émigrés aliénés. Étude de pathogénie par statistique; par le Dr Pailhas.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : 1° Parmi les conditions liées à la pathogénie des maladies mentales chez les émigrés, il faut tenir compte d'une tendance préalable de l'esprit, tendance non nécessairement pathologique à poursuivre au loin des rêves d'ambition et de fortune, et susceptible de devenir, sous la forme d'idées de richesse et de grandeur, ou l'élément dominant de la folie, ou une souche importante de conceptions délirantes; 2° l'auteur a distingué avec soin ces idées de richesse et de grandeur appartenant à la folie commune, de celles présentées au cours de la paralysie générale, laquelle se montre relativement fréquente chez l'émigré. (*Annales médico-psychologiques*, févr. 1897.)

E. B.

V. Une forme de délire systématisé des persécutés persécuteurs. Le délire de revendication; par le Dr Cullerre.

A côté des gens qui, obéissant à un trouble mental ayant pour point de départ une déviation de l'instinct de propriété, refusent de s'incliner devant les décisions de la justice et de sortir de biens dont un jugement les a dépossédés, on peut en rencontrer qui, véritables persécutés, se croient indûment frustrés de biens à la possession desquels ils se prétendent des droits imaginaires, dont ils s'emparent en vertu de ces prétendus droits et où ils se maintiennent par la force. Pour désigner d'une façon précise le genre d'idées qui sert de pivot à leurs conceptions délirantes, l'auteur donne le nom de délire de revendication au trouble mental de ces malades.

Les deux observations rapportées se ressemblent par plus d'un point et sont des cas mixtes, comme on en rencontre si fréquemment en clinique : persécuteurs raisonnants au début, persécutés hallucinés par la suite, ces malades paraissent hésiter au seuil de la phase mégalomaniaque, sans oser le franchir tout à fait.

Le grief qui sert de point de départ à leurs revendications n'est pas sensiblement plus déraisonnable que ceux que l'on voit invoquer couramment par des gens sains d'esprit, car, en matière d'intérêt, il est de pratique habituelle de manifester les prétentions les plus extravagantes.

Les droits les plus contraires à la loi et au bon sens sont revendiqués journellement par des gens qui ne sont pas fous, qui ne sont que passionnés. Mais ces revendications viennent expirer dans l'enceinte du tribunal; devant l'autorité de la chose jugée, la passion cède au bon sens qui reprend ses droits. Il n'appartient qu'au délire de ne céder devant aucune considération de raison ou de force majeure. C'est ce qui s'est produit pour un de ces malades, qui, se prétendant lésé dans sa part d'héritage, a fait main basse sur tout l'héritage des parents, en y comprenant même des pièces de terre ayant appartenu aux grands-parents et vendues par ses parents, et s'y est maintenu par la force, en dépit des réclamations des propriétaires, en dépit des tribunaux, jusqu'au jour où les gendarmes ont été obligés d'intervenir et de s'emparer de ce malade après une vive résistance. (*Annales médico-psychologiques*, juin 1897.) E. Blin.

VI. Quelques cas de démence syphilitique; par le Dr Christian.

A côté des cas où la syphilis agit non comme agent spécifique direct, mais simplement comme cause morale, pour déterminer des troubles délirants chez un sujet fortement prédisposé, il se rencontre des folies véritablement syphilitiques. La syphilis agit alors direc-

tement sur le cerveau en y déterminant des altérations spéciales : il se produit une lésion cérébrale (gomme, méningite, encéphalite) qui entraîne à sa suite des troubles de l'intelligence.

L'auteur en cite plusieurs exemples recueillis dans son service, observations dont le schéma peut se résumer en quelques mots : syphilis du cerveau, ictus initial, lésions localisées (aphasie, hémiplégie, monoplégie, troubles oculaires, etc.), puis démence. La lésion syphilitique guérit ; mais l'hémiplégie et la démence persistent, ce qui tient sans doute à ce qu'il s'est produit dans le tissu cérébral des destructions irréparables ; la syphilis, en tant que syphilis, a guéri chaque fois et guéri définitivement ; l'infirmité parasyphilitique est restée stationnaire. D'après la statistique de l'auteur, les démences syphilitiques ou parasyphilitiques qui relèvent de la syphilis tertiaire sont rares. En dix-huit ans, sur près de 2,000 aliénés, il n'en a relevé que 7 cas. Combien cette proportion change, si l'on fait rentrer la paralysie générale dans la syphilis cérébrale !

La théorie syphilitique de la paralysie générale a gagné du terrain dans ces dernières années : elle ne paraît cependant pas démontrée à M. Christian. Les arguments directs de démonstration des rapports entre la syphilis et la paralysie générale se résument en un seul, la statistique et la statistique n'a qu'une valeur fort relative, en l'espèce. Pourquoi ne pas dire : sur 100 paralytiques généraux, il y en a 90 qui ont eu la rougeole ; donc cette maladie infectieuse doit jouer un rôle dans l'étiologie de la paralysie générale ? D'autre part, il est démontré qu'il existe des pays où la syphilis est très répandue, et où cependant la paralysie générale est inconnue ou à peu près.

Ce qu'il faudrait démontrer, c'est que la paralysie générale dérive de la syphilis, qu'il existe un enchaînement morbide évident, comme dans les observations de démence syphilitique rapportées au début de ce travail.

Tant que la démonstration ne sera pas faite que la syphilis est l'antécédent nécessaire, obligé, de la paralysie générale, tant qu'on en sera réduit à invoquer des pourcentages plus ou moins élevés, le problème restera entier ; car ces mêmes pourcentages on les trouvera pour une foule d'autres maladies, pour la rougeole, la fièvre typhoïde, la scarlatine, etc..., et la cause vraie, directe, nous ne la connaîtrons pas plus que nous ne la connaissons aujourd'hui.

La meilleure solution du problème a été donnée par M. le professeur Fournier, quand il a décrit, sous le nom de « pseudo-paralysie générale syphilitique », une encéphalopathie due à la syphilis et présentant à peu près l'ensemble symptomatique de la paralysie générale. C'est là une affection dont la nature n'offre aucun doute et dont on peut espérer la guérison, ce qui n'est

pas le cas, malheureusement, pour la paralysie générale vraie. (*Annales médico-psychologiques*, août 1897.) E. B.

VII. La signification de quelques rêves; par le Dr Thomayer.

Le sommeil et le rêve méritent plus d'attention que les médecins ne leur en prêtent actuellement. Il est vrai que les observations touchant le rêve sont difficiles à recueillir. Mais quelques rêves ont cependant une signification ou plutôt une pathogénie.

L'auteur cite un cas dans lequel les rêves pénibles de la nuit (chutes dans l'eau, corps percé de coups, corps écrasé, coups de fusil, etc.) revenaient à l'esprit du malade le lendemain, entre onze heures et midi. Le malade voyait assez distinctement, mais comme dans un crépuscule, les personnes ou les choses qui l'avaient menacé. En même temps il se souvenait de tous les aliénés qu'il connaissait et avait peur de devenir fou lui-même. Au réveil des accès nocturnes, il tremblait de tout le corps, ses cheveux étaient hérissés. Cet accès diurne avec vertige, trouble de la conscience, tendance à la chute, et série d'hallucinations qui impressionnent le malade au point de lui faire oublier les choses précédentes pour l'occuper tout entier, peut être considéré comme un petit accès épileptique avec trouble mental de peu de durée.

Le rêve nocture accablant était tout à fait identique à l'accès épileptique diurne, avec plus d'effarement encore ; le malade avait donc aussi des accès épileptiques la nuit. Il ne se souvenait pas du vertige et le trouble post-épileptique prenait la forme d'un rêve pénible.

Un second exemple de crises semblables, avec palpitations angoissantes, mais seulement nocturnes, permet à l'auteur de conclure qu'il y a des rêves qui doivent être considérés comme des accès d'épilepsie. (*Revue neurologique*, février 1897.) E. Blin.

VIII. Analgésie du nerf cubital dans la folie; par le Dr Arrigo Giannone.

Depuis que Biernacki a attiré l'attention sur la fréquence, dans le tabes, de l'analgésie du nerf cubital à la pression au niveau du canal huméro-cubital, de nombreuses recherches ont été faites qui établissent l'intérêt de ce symptôme dans quelques formes de maladies mentales.

Parmi ces dernières, c'est dans la paralysie générale que cette analgésie se rencontre avec le plus de fréquence : la statistique de l'auteur montre son existence dans 59 p. 100 des cas, et ce signe peut, lorsqu'il est joint à quelques autres, prendre une réelle valeur diagnostique. La fréquence de ce symptôme est à peu près la même dans le tabes et dans la paralysie générale, ce qui pourrait être

interprété comme un nouvel argument en faveur de la nature similaire des deux affections. (*The alienist and neurologist*, janvier 1897.) E. B.

IX. Conceptions impératives ; par le Dr Hughes.

Auto-description faite par un malade qui, dans une lettre au Dr Hughes, relate ses obsessions : « Je me mets à mon travail en pleurant et en criant. Je me dis que j'ai juré de ne plus le faire, et cinq minutes après, je le fais à nouveau. Il me semble que j'ai accompli des actes terribles ou que je suis possédé par des esprits diaboliques dont je ne puis me défaire... »

Ces obsessions ont été suivies d'impulsions au suicide et de dépression mélancolique. (*The alienist and neurologist*, janvier 1897.)
E. B.

X. Psychoses de la vieillesse ; par le Dr Harriet Alexander.

La sénilité est, plus ou moins, un moule commun dans lequel on place tous les désordres mentaux survenant chez les gens âgés : elle exerce, en réalité, une influence modificatrice qui favorise la confusion. Il est vrai que la démence sénile non compliquée constitue une forme de la folie bien distincte, il n'est pas moins vrai que dans la vieillesse se présentent d'autres types mentaux dignes de considération tant au point de vue pathologique qu'au point de vue symptomatologique.

L'atrophie cérébrale chronique est le type le plus important à considérer : elle est le plus souvent classée comme démence sénile et débute ordinairement vers cinquante ans. Les symptômes sont ceux de la dépression avec tendances au suicide, périodes d'excitation maniaque, arrêt de la compréhension, troubles paralytiques transitoires du langage, de la marche, vertiges etc. Le vertige est un signe important et est probablement dû aux conditions athéromateuses des artères n'assurant plus que d'une façon irrégulière l'apport de sang à la substance cérébrale. Furstner répartit en trois groupes les désordres psychiques de la vieillesse : 1° simples psychoses, dans lesquelles la folie n'est pas accompagnée d'affaiblissement intellectuel ; 2° les psychoses séniles avec démence simple, dans lesquelles la folie est associée à des conditions d'affaiblissement intellectuel sans lésions somatiques correspondantes ; 3° les psychoses séniles avec démence cérébrale, dans lesquelles la folie est associée non à un simple affaiblissement mental mais à une lésion plus ou moins diffuse des centres nerveux.

A côté des autres psychoses de la vieillesse, les phénomènes de la folie sénile proprement dite offrent un intérêt particulier pour le médecin : en effet, les penchants à l'avarice des malades, leur

mobilité, leurs idées délirantes de suspicion, leur tendance morbide à des mariages disproportionnés constituent un symptôme complexe, au sujet duquel le médecin peut être appelé à formuler un avis. La question de la sénilité est du reste très variable suivant les individus ; elle commence en général quand se présente une perte marquée de la mémoire des faits récents. Le caractère est irritable. A un degré plus avancé, quand déjà le vieillard peut être considéré comme aliéné, les facultés émotionnelles et motrices sont affectées, les idées érotiques sont fréquentes et donnent lieu à des mariages ridicules; les malades ont une disposition à errer de côtés et d'autres, etc. De plus, on constate une perversité particulière, une tendance à commettre des vexations, à opposer des retards ou des refus frivoles à tout ce qui est proposé par d'autres qu'eux, quelque importante que soit la chose.

Les résultats de la folie sénile dans les familles n'ont pas échappé à l'attention des écrivains et le « Roi Lear » nous donne une intéressante description de la folie dans la période sénile, description dont l'auteur fait ressortir les points principaux. (*The alienist and neurologist*, avril 1897.) E. B.

XI. Confession des aliénés, par le Dr Kierman.

Un vieux juriste a dit que la confession est parfois la voix de la conscience. Le mot « parfois » indique une restriction sage, car l'expérience enseigne combien il en est fréquemment autrement, surtout en ce qui concerne les aliénés : l'auteur rapporte quelques cas de prétendus aveux, n'étant en réalité que des fables. Sous l'ombre d'une apparente tranquillité, veille parfois un tempérament mélancolique, un dégoût de la vie, un étrange désir de leur propre destruction qui incite certaines gens, certains malades à s'accuser faussement eux-mêmes de toutes sortes d'iniquités. (*The alienist and neurologist*, octobre 1897.) E. Blin.

XII. Les formes stupides et les formes confusionnelles de l'amenza ; par Nicolo Buccelli. (*Riv. di. pal. nerv. et ment.*, fasc. 7, 1896.)

L'auteur, tout en reconnaissant l'analogie des conditions de développement et des traits généraux des formes, confusionnelles et stupides, considère cependant qu'il y a intérêt à leur attribuer une sorte d'individualité nosographique. Il propose en conséquence de distinguer l'amenza stupide avec une forme simple ou torpeur cérébrale simple et une forme grave ou stupeur primitive et l'amenza confusionnelle avec une forme simple ou confusion mentale simple et une forme grave ou confusion mentale hallucinatoire.

J. Séglas.

XIII. Pouls lent chez une aliénée, comme phénomène de nature inhibitoire; par E. Belmondo. (*Riv. di. pat. nerv. et ment.*, fasc. 9, 1896.)

XIV. Ephidrose unilatérale de la face; par Pellizzi. (*Riv. di. pat. nerv. et ment.*, fasc. 9, 1896.)

XV. Délire paranoiaque chez un fou moral; par Cauger et Angiolella. (*Il Manicomio.* Anno XI, fasc. 2-3.)

Une observation suivie de quelques conclusions : les fous moraux sont, comme tous les dégénérés, prédisposés à des délires variés; ils ont cependant plus spécialement une tendance aux idées de persécution. Ces délires revêtent des caractères spéciaux, dépendant du fond d'insuffisance morale qui transparaît à travers la forme psychopathique. Le principal de ces caractère est le mode de réactions vis-à-vis des idées délirantes. Les actes délictueux commis par les paranoiaques fous moraux trouvent leur explication dans l'insuffisance des sentiments moraux plutôt que dans le délire, dans le caractère impulsif et la prompte réaction motrice au moindre stimulus : le délire paranoiaque n'est qu'une occasion favorable à l'éclosion des tendances criminelles innées chez les malades. J. Séglas.

XVI. Coupable par délire paranoiaque, rapport médico-légal; par le Dr Codeluppi. (*Il Manicomio*, Anno XI, fasc. 2-3.)

XVII. Le « misdéisme » dans l'armée, lettre ouverte au Pr Morselli; par le Dr Limoncelli. (*Il Manicomio*, Anno XI, fasc. 2-3.)

XVIII. Résultats secondaires de la chirurgie gynécologique dans le traitement de la folie; par James Russel. (*Brit. med. journ.*, 25 septembre 1897.)

L'auteur ne considère pas les affections pelviennes comme une cause directe de la folie : elles font partie des conditions étiologiques avec l'hérédité, l'âge, le climat, etc. Mais les chirurgiens spécialistes ont vu des affections pelviennes chez presque toutes les malades et encouragés par l'impunité que leur procure l'antisepsie ils ont fait des opérations à tort et à raison. D'abord les statistiques montrent que ces affections ne sont pas plus fréquentes chez les aliénées que chez les femmes saines d'esprit; puis pourquoi les organes génitaux de l'homme ne seraient-ils pas aussi accusés? C'est que par leur simplicité de structure ils ne tentent pas les chirurgiens.

Les observations de folies guéries par des opérations chirurgicales sont publiées beaucoup trop tôt. Il faudrait attendre au moins deux ans pour être certain du résultat acquis. L'auteur cite plusieurs observations dans lesquelles l'ablation des ovaires n'a donné aucun bon résultat, au contraire. Dans certains cas l'opération peut agir sur l'état mental comme le ferait une fièvre intercurrente, un érysipèle, etc. ; mais le plus souvent les améliorations constatées sont uniquement dues aux soins plus empressés que reçoivent les opérées, à l'hygiène meilleure dont elles jouissent dans les cliniques, etc. Bien souvent l'ablation des ovaires calme les symptômes aigus de la maladie et provoque un état de stupeur tendant à la démence. A. V.

XIX. Gynécologie et folie ; par A.-H. Tobbs. (*Brit med. journ.*, 25 septembre 1897.)

Depuis deux ans et demi, l'auteur pratique l'examen gynécologique complet sous le chloroforme, des aliénées de l'asile de London Ontario, et fait les opérations nécessaires. Sur 100 femmes 93 avaient des affections pelviennes et 69 avaient besoin d'une opération. Les résultats surpassèrent son attente, tant pour l'amélioration physique que mentale. Il fit 14 curetages et obtint 14 améliorations des symptômes physiques et 8 améliorations de l'état mental soit 57 p. 100. A l'amputation du col et curettage 11 malades sur 27 soit 42 p. 100 en bénéficient au point de vue mental. 11 avaient des déplacements de l'utérus avec ou sans complications et subirent l'opération d'Alexander ou la ventrofixation. L'hystérectomie était indiquée dans 12 cas (tumeurs fibreuses, chute de l'utérus, carcinome) 7 furent faites par la voie vaginale et 5 par l'abdomen dans deux cas soit 17 p. 100, l'état mental fut amélioré 10 de laparotomie pour affections de l'ovaire ou des annexes donnèrent 6 guérisons de la folie soit 60 p. 100. La laparotomie, la périnéorrhaphie, etc furent aussi pratiquées avec succès.

En résumé sur 80 opérations, 30 provoquèrent la guérison 18 l'amélioration et 28 seulement ne donnèrent aucun résultat. Parmi les 30 aliénées guéries 11 étaient internées depuis un an, 7 depuis deux ans, 4 depuis trois ans, 4 de trois à quatre ans. 1 depuis quatre ans et 3 depuis cinq ans. L'auteur conclut en disant que l'heureuse action de la chirurgie gynécologique n'est plus à l'étude et qu'elle est passé l'état de fait acquis. A. V.

XX. Relation étiologique des affections pelviennes des femmes sur leur folie; par Georges-H. Rohé, M. D. (*Brit. med. journ.*, 25 septembre 1897.)

L'auteur établit d'abord le droit et le devoir du médecin d'asile de pratiquer sur les aliénés inconscients toute opération chirurgi-

cale nécessaire soit pour leur santé physique, soit dans le but d'améliorer leur état mental. Les aliénés à intervalles lucides peuvent donner eux-mêmes leur consentement à l'opération, de même que ceux qui sans être complètement lucides peuvent comprendre le but et les conséquences de cette opération.

Pour lui les maladies organiques ont une grande influence sur l'état mental et surtout les désordres des organes pelviens. La question de savoir si ces affections sont plus fréquentes chez les aliénées que chez les femmes saines d'esprit ne peut être résolue par la statistique, car dans la plupart des asiles tout examen gynécologique est systématiquement écarté. D'après ses observations il a trouvé que 60 p. 100 des aliénées présentaient des troubles des organes pelviens. Il apporte 34 observations d'aliénées opérées, d'endométrite, de kystes de l'ovaire, de tumeur interne, etc.

Sur ces 34 cas 11 malades recouvrirent à la fois la santé physique et intellectuelle, 9 furent améliorées, 11 ne furent pas modifiees et 3 moururent des suites de l'opération. A. V.

L'analyse des trois articles qui précèdent est très intéressante à divers titres. Pour se rendre compte de l'abus ou non des opérations gynécologiques chez les aliénées, il faudrait que tous les médecins des asiles qui ont eu à intervenir ou qui ont reçu des malades opérées avant leur admission fassent connaître d'une manière complète le résultat de leurs observations.

Contrairement à l'opinion de M. Robe, nous estimons que si le médecin a le droit et le devoir d'examiner complètement ses malades, il ne doit pas intervenir opératoirement sans être couvert par l'autorisation formelle de la famille.

BOURNEVILLE.

XXI. Le Latah, maladie mentale des Malais; par W. Gilmore Ellis. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1897.)

La maladie mentale, ou plus exactement nerveuse, que les Malais désignent sous le nom de Latah, et qui paraît leur être spéciale, n'a été l'objet que d'un très petit nombre de descriptions. Elle est constituée par divers état nerveux passagers qu'il est extrêmement difficile de classer, car c'est à peine si l'on rencontre deux malades présentant des symptômes vraiment identiques. Dans tous les cas, la maladie débute brusquement sous l'influence de causes ordinairement banales, telles qu'un bruit inattendu, un mouvement imprévu d'un assistant, un contact brusque, un mot prononcé (généralement en ce cas le nom d'un animal féroce, et surtout du tigre, qui est très redouté). Dans la plupart des cas toutes ces causes

peuvent provoquer l'apparition du Latah, mais chez quelques malades il n'éclate que sous l'influence de sensations soit auditives, soit visuelles; l'auteur ne l'a jamais vu se manifester consécutivement à des sensations du goût ou de l'odorat. La durée des phénomènes varie de quelques instants à une demi-heure et même davantage. Les malades se divisent en deux groupes : dans le premier on constate une imitation involontaire des actes exécutés devant le malade, si bizarres qu'ils puissent être ; dans le second, on voit apparaître une crise brusque et courte, principalement caractérisée par de la coprolalie, et quelquefois de légers actes de violence. L'auteur a quelque peine à croire que ces deux groupes ne constituent qu'une seule et même maladie. Certains cas de la forme imitative ressembleraient à l'hypnotisme, mais la conscience est généralement conservée et l'imitation n'est exécutée qu'à contre-cœur, bien qu'elle soit irrésistible. Cette maladie se rencontre principalement mais non exclusivement chez les Malais; quelques Européens, quelques Indiens en souffrent, mais, à Singapore, où réside l'auteur, on ne l'a jamais constatée chez les Chinois qui y résident en grand nombre.

L'auteur rapporte avec détails plusieurs observations très curieuses et souvent très amusantes des deux formes de Latah.

Les cas d'imitation les plus intéressants sont ceux qui se rapprochent de l'hypnotisme, si toutefois ils ne se confondent pas avec lui ; il y a quelques malades qu'il faut mettre en train par un contact ou par un cri ; mais la plupart d'entre eux obéissent d'emblée et intégralement à la suggestion qui leur est faite. Après l'acte exécuté, le souvenir de ce qu'ils ont fait est vague, nul chez quelques-uns.

Le Latah est presque invariablement héréditaire, et il atteint ordinairement un grand nombre des membres d'une même famille. L'activité cardiaque est accélérée pendant l'attaque. Les réflexes restent normaux. Assez rare chez les jeunes femmes, la maladie devient fréquente chez celles qui ont atteint l'âge moyen ou la vieillesse, et elle est alors plus intense. Les femmes en souffrent beaucoup plus souvent que les hommes. Lorsque le début est précoce, on l'observe ordinairement vers l'âge de douze ans.

Les Malais ont maintes fois répété à l'auteur que le Latah tirait son origine des rêves; mais comme ils croient aux songes, aux revenants et à leur influence néfaste, il n'y a pas grand fonds à faire sur cette assertion. Chez les jeunes femmes atteintes du Latah, il n'est pas rare de rencontrer une complète absence de réserve sexuelle (cette réserve, d'ailleurs, n'est pas la qualité dominante des Malaises en général) ; mais ce qui est surprenant, comme l'a remarqué un fonctionnaire civil qui a écrit sur ce sujet, c'est de voir que chez des femmes d'un âge avancé la maladie se manifeste dans un sens qui paraît absolument en contradiction avec l'orga-

nisation physique. Qu'un mot, un regard, un geste, a-t-il dit, puissent instantanément amener une femme de soixante-quinze ans à se comporter comme une fille publique de vingt ans, c'est là un phénomène tellement opposé aux lois naturelles qu'on essaie en vain de lui découvrir une explication satisfaisante.

Des indigènes ont assuré à l'auteur que quelques malades parvenaient dans une certaine mesure à maîtriser leur maladie; mais il demeure assez sceptique à l'égard de cette assertion. Les Malais sont mahométans depuis trois ou quatre cents ans, mais l'élément religieux ne se mêle jamais en aucune façon au délire du Latah. Il faut noter, en outre, que les malades qui sont atteints de cette affection ne portent aucune trace appréciable de dégénérescence physique ou mentale ; quelques-uns même sont, pour des Malais, très intelligents. Les cas de Latah ne sont jamais envoyés à l'asile, et les Malais eux-mêmes établissent d'ailleurs une ligne de démarcation très nette entre le Latah et la folie.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXII. UNE MALADIE MENTALE (*autre que la paralysie générale*) ASSOCIÉE AU TABES DORSALIS; par P.-W. MACDONALD et A. DAVIDSON. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1897.)

On sait que l'affection mentale qui est presque exclusivement annexée au tabes est la paralysie générale : le cas dont il s'agit est une exception à la règle. Le malade était un homme de trente-neuf ans chez lequel les symptômes et l'évolution du tabes n'ont rien présenté de particulier. Bien que le certificat d'admission à l'asile portât le diagnostic de paralysie générale, le médecin qui l'avait signé ne relevait aucun des symptômes de cette maladie à l'appui de son opinion : ce diagnostic d'ailleurs ne fut confirmé ni par l'examen du malade à son entrée à l'asile, ni par l'étude ultérieure des symptômes. Ce que l'on trouvait chez ce malade, c'était un état bien caractérisé d'affaiblissement intellectuel avec perversion mentale dépendant de la lésion médullaire et lui ayant été consécutif. Il y avait de l'instabilité, de la dépression, des idées vagues de persécution, et même des troubles de la sensibilité allant jusqu'au délire; mais de paralysie générale, nul symptôme. L'autopsie d'ailleurs révéla les symptômes classiques de l'ataxie, sans aucune des lésions de la paralysie générale. Quant aux attaques épileptiformes, il faut probablement les attribuer à l'excès énorme du liquide céphalo-rachidien.

Il est évident que dans ce cas une progressive et lente dégénérescence a évolué parallèlement dans la moelle et dans le cerveau, donnant naissance dans le premier de ces organes à des signes d'ataxie locomotrice progressive, et dans le second à un obscurcissement graduel des facultés mentales; mais contrairement à

l'opinion généralement adoptée, l'affection mentale n'a nullement revêtu la forme de la paralysie générale.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXIII. L'HÉRÉDITÉ DANS LES MALADIES MENTALES; par J.-F. BRISCOE. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1896.)

L'auteur a recherché les influences héréditaires qui modifient les processus de reproduction, principalement au point de vue de la syphilis et des tempéraments. Il étudie aussi l'hérédité de la débilité mentale, et conclut que la folie est héréditaire chez 90 p. 100 des aliénés. R. M. C.

XXIV. L'AUGMENTATION DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE EN ANGLETERRE ET DANS LE PAYS DE GALLES; SES CAUSES ET SA SIGNIFICATION; par R.-S. STEWART. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1896.)

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : 1° Il n'existe aucune preuve que la race anglaise soit plus exposée à la folie qu'elle ne l'était autrefois. — 2° Il existe des preuves d'un accroissement de la tendance à la paralysie générale. — 3° Cette tendance est surtout marquée chez les hommes où son accroissement est dix-neuf fois plus considérable que chez les femmes. — 4° Parmi les hommes, cet accroissement est deux fois plus fort chez les malades aisés que chez les indigents : chez les premiers, il est régulièrement progressif, tandis que chez les seconds il va en diminuant. Chez les femmes indigentes, il est peu considérable; chez les femmes aisées sa diminution est régulièrement progressive. — 5° C'est de trente-cinq à quarante-quatre ans que la paralysie générale atteint son maximum d'accroissement : pour les autres formes de folie, l'accroissement commence à partir de quarante-cinq ans pour atteindre son maximum après cinquante-cinq ans. — 6° Cet accroissement atteint son maximum chez les hommes mariés, où il est cinq fois plus fort que chez les célibataires et soixante fois plus fort que chez les femmes mariées. — 7° Le maximum d'accroissement se rencontre dans les grands centres urbains, surtout dans les ports de mer, et particulièrement dans les villes qui font l'exportation du charbon ; ensuite viennent les districts miniers et les villes manufacturières ; dans les pays où domine l'agriculture, on note au contraire une décroissance. En tenant compte de la répartition géographique on peut établir un parallélisme étroit entre l'accroissement de la paralysie générale et les habitudes d'ivrognerie. — 8° Les facteurs étiologiques qui jouent le rôle le plus important dans la genèse de la paralysie générale sont l'alcoolisme, les excès vénériens et les maladies vénériennes. Les causes qui se rattachent à la vie génitale de la

femme diminuent d'importance en tant que facteurs effectifs de la paralysie générale, qui paraît tirer son origine des instincts égoïstes bien plus que des instincts altruistes. — 9° La prédominance croissante de la paralysie générale indique une modification dans le type de l'aliénation mentale, un retour régressif à des formes inférieures d'affections cérébrales, une déchéance progressive morale et physique, un affaiblissement de la force de résistance et une diminution du taux de la vitalité, une tendance croissante à la dégénérescence rapide et prématurée de la race. — 10° La maladie se terminant invariablement par la mort, et ses causes étant de celles que l'on peut, dans une large mesure, restreindre ou éviter, la seule direction dans laquelle il soit logique de s'engager pour remédier à cet état de choses, est la prophylaxie. R. de Musgrave-Clay.

XXV. Remarques additionnelles au travail de M. Alzheimer, intitulé : « Des hallucinations provoquées par la pression du globe oculaire » ; par Liepmann. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XIX, N. F., VII, 1896.)

L'auteur a tout récemment, chez une hystérique, immédiatement après l'attaque, obtenu des hallucinations par ce procédé, mais la malade ne croyait pas à la réalité de ce qu'elle voyait. C'est un phénomène particulièrement net chez les alcooliques qui semblent calmés de leur délire, qui ont oublié leurs hallucinations sensorielles ou chez qui les hallucinations ont diminué. Ce qu'il faudrait établir, c'est sa fréquence dans les diverses psychopathies. P. K.

XXVI. Contribution a la casuistique de la paralysie généräle modifiée; par J. Bielkowsky. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XVII, N. F., VI, 1895.)

Symptômes de début tabétique. sans être du tabes; les autres symptômes appartiennent aussi bien à l'*hystérie* qu'à la paralysie générale. Pour arriver à établir le diagnostic de la paralysie générale l'auteur se base : sur la précocité de l'affaiblissement douloureux des membres, bien avant qu'on remarquât des troubles pcychiques, douleurs d'oreilles ni lancinantes ni fulgurantes — sur la conservation de la sensibilité tactile et thermique — sur la démarche de l'individu ressemblant à celle des débauchés qui coïtent fréquemment debout ou des masturbateurs — sur l'atteinte de l'intelligence — suivant les considérations relatives à la symptomatologie comparée de la paralysie générale et de l'hystérie. L'ensemble de ces symptômes (anesthésie, parésie ou paralysie des pupilles, gâtisme, amnésie, œdème du pied et de la jambe), leur coexistence et l'affaiblissement intellectuel sont caractéristiques de

la paralysie générale. Le malade meurt d'ailleurs dans le marasme avec escarres, et l'on trouve des lésions paralytiques.

P. KERAVAL.

XXVII. RÉCENTS TRAVAUX SUR L'HÉRÉDITÉ; par H. KURELLA. (*Centralbl. f. Newenheilk.*, XVIII, N. F. VI, 1895.)

Il s'agit de la critique des mémoires de L. Weissmann, qui conteste l'hérédité de facultés ou qualités acquises (de Darwin). Ce dont hérite le descendant, dit Weissmann, n'avait pas été acquis par l'ascendant ; celui-ci le possédait déjà comme qualité inhérente, quoique latente, sous forme, si l'on veut, de prédisposition. C'est, réplique M. Kurella, ignorer l'hérédité pathologique. Du reste, la théorie inventée par M. Weissmann de la continuité du plasma embryonnaire est bien curieuse. « Le protoplasma embryonnaire contenu dans ces cellules sexuelles aurait son architecture constante inaltérable. Ce monument histologique se transmettrait ainsi de générations en générations tout en se soumettant, pour se conserver, aux mouvements nutritifs, sans que ceux-ci puissent néanmoins le modifier, pas plus que le corps dont le protoplasma fait cependant partie. Ce protoplasma est une substance immortelle échappant à la finalité mortelle du corps, étrangère à tout ce qu'acquiert le corps ; c'est pourquoi cette substance du germe qui seule a qualité pour hériter et transmettre, ne peut emporter avec elle aucune des qualités acquises. » Aux objections qu'on lui a présentées, M. Weissmann a répondu par des amendements de cette théorie (critiques de Rohde et Hertwig) qui n'amendent rien, c'est incompréhensible. P. KERAVAL.

XXVIII. HYSTÉRIE ET FOLIE HYSTÉRIQUE; par E. SOKOLOWSKI. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XIX, N. F. VII, 1896.)

Il n'est pas possible de séparer logiquement l'hystérie des autres névroses sans faire appel à la théorie de la dégénérescence. Pour établir la dégénérescence, il ne faut pas s'en tenir aux signes physiques, il faut chercher le début des altérations fonctionnelles. Or, étant habitués et autorisés à chercher dans le cerveau humain le plus haut degré du développement organique et à tenir les phénomènes d'association intellectuels pour la plus haute perfection de toute activité cérébrale, nous en induirons que l'affaiblissement de ces phénomènes est le premier pas de la dégénérescence. Quelles que soient les lois auxquelles obéissent ces phénomènes, l'activité associative du cerveau malade repose au fond sur l'intervention précise des images commémoratives auxquelles il doit faire appel au moment où il est sollicité par une impression nouvelle. Car ces images commémoratives sont le correctif qui assure

l'assimilation ou la neutralisation des nouvelles impressions. Quand ces images font défaut, les impulsions prédominent; si elles sont indistinctes, il y a désharmonie, déséquilibre entre la volonté et l'action. Tels sont les hystériques. On constate chez eux trois espèces de symptômes :

1° Des *symptômes occasionnels*. — Ce sont des altérations organiques (affections thoraciques, abdominales, neuro-somatiques) ou des anomalies fonctionnelles, gastro-intestinales, cardiaques, etc. L'individu s'en targue pour expliquer ses faiblesses psychiques;

2° Des *symptômes* produits par l'*insuffisance des images commémoratives*, qui met le psûché en état d'équilibre instable et rend l'individu accessible à la suggession, à l'autosuggestion (actes subconscients), d'où : cécité, surdité, aphonie, analgésie. Le malade subit les phénomènes dont il est le jouet passif;

3° Des troubles bien connus du malade, et dans leur nature et dans leur genèse, auxquels il prend une active part (actes hyperconscients) dus à des *obsessions*, à la *surémotivité* (non corrigée), entraînant des actes volontaires imposés; tels : le *mutacisme*, la *convulsion hystérique*, l'*hypnose hystérique*, la *folie hystérique*;

4° Des *symptômes inventés;* le malade a des illusions, il a aussi des maladies qu'il n'a pas ou du moins qui échappent à toute constatation objective. Mensonges d'ailleurs impudents des hystériques. C'est pourquoi l'hystérie est le champ le plus fertile des consultants, des thérapeutes; le malade se plie pour ces motifs à tous les exercices thérapeutiques dont l'hypnotisme est le plus pernicieux.

De cette énumération il résulte que l'hystérique est un être sans jugement, sans associations d'idées, par disparition des images commémoratives. C'est d'ores et déjà un aliéné, un dévié. Aussi trouva-t-on chez lui trois catégories de phénomènes psychopathiques : — 1° les hallucinations sensorielles; — 2° les idées délirantes; — 3° la confusion mentale (désorientation); tissant ces mélancolies, suicides factices, ces mégalomanies fugitives, ces dédoublements de la personnalité souvent simulés, polymorphes, absurdes, théâtraux. Greffés sur le tout, les signes de dégénérescence de tous ordres. Le traitement est l'isolement.

P. KERAVAL.

XXIX. DÉBILITÉ MENTALE ET TREMBLEMENT; par M. LABBÉ. (*Presse médicale*, 24 avril 1897.)

Observation d'une jeune folle de vingt ans, d'une intelligence peu développée, présentant plusieurs stigmates physiques de dégénérescence, et atteinte, depuis son enfance, de crises épileptiformes, de tremblement et d'athétose. Le tremblement a pour caractères de cesser au repos ou pendant le sommeil, et de se produire dès

qu'on examine la malade ou qu'on lui parle ; il est limité au côté et prédomine au membre supérieur; il augmente d'amplitude à l'occasion des mouvements volontaires; son rythme est moyen : cinq ou six oscillations par seconde. Les mouvements athétosiques sont aussi limitées au côté droit. La force musculaire est conservée. Les réflexes tendineux du membre inférieur droit sont légèrement exagérés. — Il n'existe pas de trouble de la sensibilité, ni des organes des sens, de la mémoire, du langage.

Bien que les antécédents héréditaires de la malade lui soient inconnus, l'auteur formule le diagnostic de tremblement héréditaire, état morbide que M. M Achard et Raymond ont démontré être identique au tremblement sénile et qu'ils ont désigné avec ce dernier sous la dénomination commune de névrose trémulante. L'hérédité similaire ou transformée, la coexistence du tremblement et de stigmates physiques et psychiques de dégénérescence, l'association possible avec certaines maladies organiques du système nerveux (sclérose en plaques, maladie de Basedow) sont les principaux caractères de la névrose trémulante. Dans le cas étudié par M. Labbé, la forme hémiplégique du tremblement et de l'athétose, sa coexistence avec des crises épileptiformes, ou l'exagération des réflexes tendineux du membre inférieur droit semblent se rattacher à une sclérose cérébrale infantile.

A. Fenayrou.

XXX. Un cas de perversion du sens génital ; par M. Rosenbach.

M. Rosenbach rapporte un cas assez complexe de perversion du sens génital. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans qui depuis l'âge de dix ans éprouve un penchant génital pour ses camarades. mais sans que les choses aillent jusqu'à la pédérastie. C'est l'urine. son odeur, son goût, son contact qui exerce sur lui une action excitante : volontiers il garde l'urine d'un garçon dans la bouche ou bien plonge ses mains dans un vase rempli de ce liquide encore tiède ou bien encore mouille avec elle ses organes génitaux et son linge. L'urine qui a subi un commencement de putréfaction, surtout si elle provient d'un garçon l'excite plus particulièrement : il trempe dedans son mouchoir qu'il étale pour la nuit près de son lit.

A côté de l'urine il existe encore un tout autre moyen qui lui procure l'orgasme génital : c'est la vue d'un train qui déraille ou l'idée seule d'un pareil événement. Il habitait à une certaine époque près d'une usine à ciment. Des rails étaient posés pour permettre l'apport des matériaux dans des wagons. Tous les jours le malade venait à cet endroit pour déranger l'aiguillage ou pour placer des cailloux sur les rails dans l'espoir de provoquer un déraillement et de se procurer ainsi des jouissances génitales.

L'idée de la femme lui est insupportable. Bien d'autres stigmates psychiques s'ajoutent chez lui à la perversion du sens génital. Débile dans toute l'acception du terme il n'offre cependant au point de vue physique aucune anomalie digne d'être relevée. Issu d'un mariage consanguin, il appartient à une famille où l'on compte plusieurs cas d'idiotie. Le père, en outre, a été interné à l'âge de seize ans pour un accès de mélancolie. Au contraire, la mère est une personne très bien portante et parfaitement équilibrée. (*Revue de psychiatrie, de neurologie et de phychologie expérimentale*, 1897, n° 9.) ROUBINOVITCH.

XXXI. LA CONFUSION MENTALE PRIMITIVE; par M. J. SEGLAS. (*Presse médicale*, 17 mars 1897.)

Laissant de côté les cas ou la confusion mentale n'est qu'un symptôme ou un épisode de diverses maladies, l'auteur étudie la confusion mentale primitive idiopathique, qu'il définit en ces termes : L'expression « confusion mentale primitive idiopathique désigne une affection ordinairement aiguë, consécutive à l'action d'une cause occasionnelle généralement appréciable, et se manifestant en dehors, sinon indépendamment des états pathologiques classés Elle est caractérisée par des phénomènes somatiques de dénutrition et des phénomènes mentaux, résultat premier de l'état somatique dont le fond essentiel est constitué par une forme d'affaiblissement et de dissociation intellectuels, confusion mentale (primitive), qui peut être accompagné ou non de délire, d'hallucination, d'agitation ou au contraire d'inertie motrice, avec ou sans variations marquées de l'état émotionnel ».

A propos de l'étiologie de cette affection, M. Séglas discute la valeur de l'hypothèse d'après laquelle l'état de faiblesse irritable du système nerveux central auquel est due la confusion mentale serait le résultat d'une infection ou d'une intoxication par les toxines microbiennes ou les poisons normaux de l'organisme non transformés ou non éliminés. Il reconnaît que cette théorie s'accorde bien avec les données étiologiques et cliniques; en effet la confusion mentale apparaît très fréquemment dans la convalescence des maladies infectieuses, et son tableau clinique ressemble assez exactement à celui des délires produits par un toxique extérieur. Mais il estime que les données de l'expérimentation (toxicité de l'urine, du sang) ne sont pas encore édifiantes et que de nouvelles recherches sont nécessaires pour établir définitivement la valeur de cette hypothèse. A. FENAYROU.

XXXII. ROUGEOLE, INFECTION SECONDAIRE, CONFUSION MENTALE PSEUDO-MÉNINGITIQUE; par M. J. SÉGLAS. (*Presse médicale*, 1er mai 1897.)

Observation d'une malade, âgée de trente ans, qui, au début de

la convalescence d'une rougeole bénigne, est brusquement atteinte de troubles psychiques caractérisés surtout par de la confusion mentale. Sept jours après l'apparition de ces désordres mentaux se manifestent des phénomènes méningitiques; en même temps se déclare une fièvre intense. Les jours suivants, les symptômes méningitiques s'accentuent; la température atteint jusqu'à 41 degrés. Enfin, au bout de cinq jours, la fièvre tombe; les autres symptômes s'atténuent et disparaissent en une dizaine de jours, sauf la confusion mentale qui persiste encore trois semaines environ.

Il s'est agi, dans ce cas, non de méningite, mais d'un syndrôme seudop-méningitique, de méningisme. L'origine infectieuse de ces accidents ne semble pas douteuse; la maladie apparaît comme la manifestation d'un processus infectieux secondaire à la rougeole, et dont l'agent est resté indéterminé. La pathogénie est incertaine. A l'autopsie, on ne trouve, en pareil cas, dans les centres nerveux que de la congestion passive, de la stase sanguine avec œdème cérébral. L'absence de microorganismes dans le liquide exsudé ou dans le sang semble prouver qu'il ne s'agit pas d'une infection directe, mais plutôt de l'action de toxiques en circulation dans le sang, provoquant de la vaso-dilatation. Les accidents dus à ces vaso-dilatations et aux œdèmes consécutifs peuvent disparaître sans laisser de traces, ou amener la mort. Dans ces conditions, le pronostic, très variable, doit être réservé. L'auteur termine son travail par quelques indications thérapeutiques; antisepsie interne, calme absolu, alimentation substantielle; bains froids contre l'hyperthermie; médication sthénique et traitement moral pendant la convalescence. A. FENAYROU.

XXXIII. NEURASTHÉNIE ET PARALYSIE GÉNÉRALE; par M. E. RÉGIS. (*Presse médicale*, 7 avril 1897.)

D'aprés l'auteur, dans le diagnostic de la neurasthénie et de la paralysie générale au début, la première question à se poser est celle de savoir si la neurasthénie est la neurasthénie constitutionnelle, essentielle, ou une neurasthénie accidentelle récente. La constatation de la neurasthénie constitutionnelle constitue une présomption des plus sérieuses contre l'existence ou l'imminence de la paralysie générale ; en effet, il est rare que cette dernière affection se greffe sur des névroses essentielles. Il s'agit alors, presque toujours, d'une simple phobie ayant pour objet la peur du ramollissement cérébral. S'il s'agit d'états neurasthéniques accidentels, il importe d'en rechercher la cause et de retenir, comme d'une distinction particulièrement délicate, ceux résultant d'une auto-intoxication ou d'une infection.

Le diagnostic peut se faire, dans les infections aiguës, par ce fait

que la neurasthénie paralytiforme commence par la fin et suit une marche régressive, au lieu d'être progressive. Cependant, on voit parfois la régression n'être pas complète, et le complexus paralytiforme, après s'être un instant amendé, reprendre sa marche en avant. Parmi les états neurasthéniques résultant d'une infection ou auto-intoxication chronique, il faut surtout retenir ceux qui dépendent de la syphilis ; quand la syphilis n'existe pas, la paralysie générale peut être à peu près sûrement écartée ; quand elle existe, le diagnostic doit être basé sur le caractère, soit nerveux, soit cérébral, plus grave, de la neurasthénie. Les neurasthéniques nerveux, chez qui la syphilis est venue renforcer la névropathie, n'ont que l'image, l'apparence, mais surtout la peur de la paralysie générale. Les cérébraux, descendants de congestifs ou d'apoplectiques, présentent à la suite de la syphilis une neurasthénie plus cérébrale que nerveuse, s'accompagnant de symptômes nouveaux, troubles oculo-pupillaires, troubles de la parole, troubles des réflexes, etc.

En somme, il faut bien le reconnaître, beaucoup de ces cérébrasthénies infectieuses se rapprochent tellement de la paralysie générale, par leur origine, par leurs symptômes et souvent par leur terminaison, qu'il n'y a pas lieu, semble-t-il, de les en distinguer d'une façon essentielle, et qu'elles doivent être considérées comme des formes aiguës, atténuées ou de début, de la méningo-encéphalite, à évolution variable, suivant l'intensité et la durée de l'infection. Dans ces cas, la neurasthénie serait un véritable commencement, susceptible d'arrêt, de paralysie générale.

A. Fenayrou.

XXXIV. Nouvelle addition au chapitre de la folie morale; par P. Nœcke. (*Neurolog. Centralbl.*, XV, 1896.)

Bleuler dans son travail : *Der geborene Verbrecher* (Munich, 1896), dit que le criminel né n'est autre qu'un fou moral. Il prête à Lombroso une atténuation de ses opinions premières, ce qui n'empêche que le type criminel de Lombroso ne soit la réunion d'attributs anatomiques déterminés et non pas seulement le représentant d'une multiplication centésimale de signes de dégénérescence par rapport aux gens normaux. Mais le type criminel n'a été constaté par beaucoup d'observateurs que chez un nombre relativement restreint de criminels d'habitude, quoique Lombroso considère ceux-ci comme en étant entachés et les identifie au *reo nato* et au fou moral. Il a d'ailleurs continuellement soutenu également la parenté du criminel avec l'épileptique ou avec les sauvages, avec les petits enfants, avec les faux dégénérés. Ce en quoi Bleuler a raison, c'est que le type criminel de Lombroso est, quant aux anomalies somatiques, aussi peu délimité du type normal que l'état de maladie est séparé de l'état de santé. Il ajoute que parmi les classes de

criminels, il existe un groupe psychologique défini, actuellement délimitable, ayant pour caractéristique les lacunes du sens moral que les psychiâtres ont, depuis bien des lustres, désignés sous les noms de fous moraux, débilité mentale; ce sont les *rei nati* de Lombroso.

Or bien des auteurs nient l'existence de la dépravation morale sans autre anomalie notable. Nous manquons de type intellectuel et d'une méthode uniforme d'examen de l'intelligence. Qu'est-ce que la faiblesse intellectuelle? La quantité de l'intelligence ne tient-elle pas aussi au mélange harmonique des facultés et à leur énergie syndiquée? Il faudrait au moins adopter une norme pour prendre les observations et noter les actes à partir de la toute première enfance, afin d'asseoir, de circonscrire la notion de la dégénérescence morale. Nous n'avons guère que le cas de Marie Schneider dans lequel il y ait eu folie morale avec intégrité presque complète de l'intelligence. Les autres faits sont plutôt des exemples de débilité ou d'imbécillité. Puis, folie morale pure n'implique pas forcément criminalité; celle-ci dépend d'impulsions, du milieu, des occasions de nuire. Pensons encore aux dégénérés supérieurs à syndromes vrais très voisins de la dégénérescence originelle (Magnan, Flechsig). Peut-être, en suivant Flechsig, arrivera-t-on à trouver le centre des impulsions passionnelles, le centre des appétits, représentés par les nerfs sensitifs, devant être la région sensitive du corps située au milieu de l'écorce, et à y découvrir les lésions palpables de la folie morale, de la criminalité?

En attendant, comment instituer un traitement? Il est peu admis d'accoupler des aliénés et des criminels. Il n'est pas non plus rationnel d'installer des asiles spéciaux pour les criminels aliénés. Il n'est pas encore démontré que le criminel par habitude, soit, pas plus du reste que le criminel passionnel, un malade. En effet tout homme possède en lui un élément endogène qui peut en faire un criminel ou un fou; il faut donc établir à partir de quand cet élément peut être tenu pour pathologique. Cela suppose une distinction certaine entre l'élément endogène et le facteur exogène, ce qui ne peut se démontrer que rarement, car l'élément endogène n'ayant guère qu'un potentiel moyen, le milieu ne peut, en tout cas, produire qu'un criminel latent et non manifeste. Tant que ces desiderata ne seront point remplis, l'hôpital pour criminel est un non-sens. P. Keraval.

XXXV. Les idées prepondérantes; par J.-L.-A. Koch. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XIX, N. F., vii, 1896.)

A l'état normal, pense Wernicke, et c'est là le mérite de son observation, l'activité de la pensée s'accompagne d'une certaine impressionnabilité émotive. Le thème de la conception influence

l'affectivité ; le groupe conceptuel, à raison de telles ou telles circonstances, produit soit un vif sentiment de plaisir, soit un vif sentiment de déplaisir. Il existe du reste des nuances dans le pouvoir émotif des conceptions. Déjà, normalement, il y a des conceptions exagérées qui se laissent difficilement corriger par des conceptions contraires. Les idées prépondérantes exagérées sont généralement le fait de souvenirs vivaces de quelque événement ou d'une série d'événements ayant particulièrement impressionné l'individu. Il en existe de physiologiques et de pathologiques. Les premières peuvent cependant naître sur un terrain, soit physiologique soit pathologique.

Voici des exemples d'idées prépondérantes physiologiques transitoires ou persistantes nées sur un terrain sain. Telle l'idée d'un original, d'un inventeur sain d'esprit qui, nuit et jour, occupé à un problème, en oublie le boire et le manger, son agrément, sa famille, ses amis. Telle encore celle d'un collectionneur qui court après un un objet manquant à sa collection. L'idée passionnelle exerçant sur la pensée une influence incongrue peut être le produit d'une collectivité, d'une famille, d'une race, d'un peuple. Elle peut être le mobile d'actes qui, quoique non pathologiques, peuvent paraître punissables ou immoraux. Elle peut donner naissance à des actes pathologiques ; en ce cas, il faut rechercher si l'individu qui les a commis n'est pas entaché d'un amoindrissement psychique d'origine psychopathique. Ce n'est pas toujours facile à déterminer, notamment lorsqu'il s'agit des manières de voir d'un époque, d'un mouvement révolutionnaire, etc....

En tout cas, à notre avis, l'idée prédominante pathologique, qu'elle ait eu pour genèse une conception entachée de dégénérescence ou une conception fixe ordinaire psychotique, germe toujours sur un terrain préalablement lésé. Wernicke distingue bien les unes des autres les idées autochtones, les idées prépondérantes, les obsessions, tout en admettant des transitions; mais, puiqu'il s'agit d'idées prépondérantes pathologiques, les obsessions, aussi bien que les conceptions délirantes peuvent devenir des idées prépondérantes, des idées fixes. En revanche, nous ne saurions admettre que celles-ci soient capables d'engendrer des constructions délirantes complexes solidement assemblées.

La plupart des malades en question ont une tare congénitale psychopathique, ou sont devenues des dégénérés, de par l'alcool par exemple. Celui-ci vous raconte que sa femme est devenue infidèle; celui-là, qu'il a pour frère une personne qui, en réalité, lui est étrangère : un troisième se figure avoir fait une poésie qui est de Uhland; tel autre croit avoir pour fiancée une jeune fille qui le connaît à peine et il accuse quelqu'un de vouloir la débaucher. Jamais, malgré l'autophilie indéniable du délirant, malgré la persistance du genre de ses idées morbides quelque peu variables,

elles ne se souderont en un système coordonné. Idées prédominantes par déchéance d'origine psychopathique, ou idées fixes prédominantes rappelant les psychoses circonscrites, purement psychotiques, elles n'ont pas le caractère d'idées systématisées vraies.

Prenant pour exemple, comme l'a fait Wernicke, le délire des persécutés persécuteurs processifs, M. Koch en admet trois formes : — 1° celle des individus dont le psûché est intact ; 2° celle des dégénérés ou individus ayant subi une déchéance psychopathique. — 3° celle des psychotiques, à délire circonscrit. — Or ces derniers méritent, dit-il, en effet une place à part, à côté des délirants systématiques, mais ce ne sont pas des délirants systématisants. Ils ont sans doute une auto-psychose circonscrite, mais ne possèdent pas, comme le délirant systématiseur vrai, cette continuelle préoccupation de tout ramener à leur personne qui sert de base au délire systématisé. P. Keraval.

XXXVI. Deux exemples de la forme affective du délire généralisé ; par le Dr X. Francotte. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, septembre 1897.)

L'affection que M. Francotte désigne sous le nom de *délire généralisé* (*verwirrtheit*, *confusion mentale*) est caractérisée essentiellement par l'abolition ou l'obnubilation de la conscience qui entraîne la désorientation, c'est-à-dire la perte de notion du temps, du lieu, des personnes, etc. Les formes du délire généralisé sont très nombreuses ; on pourra notamment distinguer le délire généralisé *hallucinatoire* et le délire généralisé *affectif* (mélancolique ou maniaque).

A l'appui de ces considérations l'auteur reproduit, à titre de documents, deux exemples de la forme affective du délire généralisé : le premier appartient à la variété expansive, le second à la variété dépressive : tous deux s'accompagnaient d'hallucinations. G. Deny.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

VIII. Traitement chirurgical du goitre exophthalmique ; par M. Jonnesco (de Bucharest). (*Presse médicale*, 23 octobre 1897.)

De la comparaison des résultats des diverses méthodes de traitement chirurgical du goitre exophthalmique, l'auteur tire les conclusions suivantes :

« 1° Les opérations chirurgicales qui s'adressent au corps thyroïde, bénignes dans les cas de goitre simple, deviennent très graves dans le goitre exophthalmique, la mort subite étant très fréquente. De plus, ces opérations ne donnent de bons résultats que dans les goitres anciens basedowifiés (faux goitre exopthalmique), tandis que leur action est nulle ou meurtrière dans les vraies maladies de Basedow (Mœbius).

« 2° Des opérations pratiquées sur le symphatique cervical, la section simple est et doit être à jamais abandonnée comme irrationnelle et impuissante ; les résections partielles peuvent donner, à la condition qu'elles soient étendues aux deux premiers ganglions, des guérisons durables ; la résection totale et bilatérale est l'opération de choix.

« 3° La bénignité, la facilité et l'efficacité de la résection du sympathique cervical, dans les cas les plus graves de goitre exophthalmique vrai, comparées à la gravité et à l'efficacité des opérations thyroïdiennes dans ces mêmes cas, font de la résection du sympathique une opération de choix qu'on doit toujours tenter dans n'importe quelle forme de goitre exophthalmique ; tandis que la thyroïdectomie partielle reste une opération de nécessité à laquelle on n'aura recours que lorsque des symptômes graves (goitre plongeant) commanderont une extirpation rapide de la tumeur. »

L'opération préconisée par M. Jonnesco agirait, selon lui, en supprimant l'excitation permanente du sympathique cervical, cause des principaux symptômes de la maladie ; la paralysie du muscle lisse orbitaire interne ferait disparaître l'exophthalmie ; la disparition de la tachycardie s'expliquerait aisément, le rôle du sympathique comme nerf accélérateur cardiaque n'étant pas discuté ; celle du goitre, plus difficile à expliquer, pourrait être attribuée à la suppression des nerfs excito-sécréteurs du corps thyroïde dont l'excitation permanente aurait entraîné l'hypertrophie de l'organe et l'hypersécrétion du suc thyroïdien. Les symptômes accessoires, tremblement, sensation de chaleur, hyperexcitabilité nerveuse, etc., pourraient être sous la dépendance d'une anémie cérébrale permanente, due à l'excitation des nerfs vaso-constricteurs de l'encéphale contenus dans le sympathique cervical ; la section de ce nerf ferait disparaître l'anémie cérébrale, et, avec elle, les troubles qui en dépendent. A. Fenayrou.

IX. Un cas d'hystéro-épilepsie traité par l'électricité (*guérison*) ; par M. le Dr Ferrand (*Limousin médical*, numéro d'avril 1897).

Observation d'un jeune malade atteint d'hystérie-épilepsie depuis l'âge de treize ans. Après l'échec des diverses médications usitées en pareil cas, M. Ferrand a eu recours à la suggestion et a soumis son malade à trois séances d'hypnothérapie. Dès la première

séance les crises convulsives furent supprimées, mais elles reparurent quelques jours après la cessation de ce traitement ; la maladie il est vrai, s'était sensiblement modifiée ; les crises étaient devenues moins nombreuses et moins violentes ; un nouvel essai d'hynothérapie ne put aboutir, par suite de l'impossibilité d'endormir le sujet.

Dans le but de faire disparaître l'anesthésie constatée chez son malade, M. Ferrand a employé l'électricité à courants continus sans intermittences. Il appliquait pendant un quart d'heure deux plaques le long de la colonne vertébrale en intervertissant les pôles toutes les cinq minutes ; puis il enlevait une des plaques, et la plaçait sur le sternum au niveau du creux épigastrique, en le faisant glisser insensiblement jusqu'aux clavicules ; il administrait ensuite au malade une douche électrique de dix minutes. Les séances, d'abord renouvelées tous les deux jours, ont été progressivement espacées ; elles n'ont lieu actuellement qu'une fois par mois. Dès le début de ce traitement, c'est-à-dire depuis près de six mois, aucune crise ne s'est produite. A. F.

X. Suite de l'observation du premier cas de myxœdème guéri par l'extrait thyroïdien ; par George R. Murray (de Durham). (*Brit. med. Journ.*, février 1896.)

L'auteur insiste d'abord sur ce fait, que le myxœdème est un syndrome provenant de la perte de la fonction de la thyroïde qui peut être provoquée par des causes diverses. Il cite deux cas de myxœdème l'un dû à une lésion syphilitique de la glande qui guérit sous l'influence de l'iodure de potassium, l'autre résultant d'actinomycose et guéri par l'intervention chirurgicale.

Aujourd'hui il répond affirmativement à deux questions qui se posaient en 1891, lorsqu'il institua pour la première fois le traitement de myxœdème par l'extrait thyroïdien. Le myxœdème peut-il guérir complètement ? Ne peut-il reparaître, même en continuant le traitement ? Il cite deux observations de guérisons maintenues par l'usage constant d'extrait thyroïdien et l'une d'elles se rapporte la première malade qu'il ait traitée en avril 1891. Cette dame, guérie d'abord, avait légèrement rechuté à deux reprises en cessant pour un temps l'extrait thyroïdien, depuis, elle se maintient en bonne santé en en prenant régulièrement. A. V.

XI. Un crétin traité par l'extrait thyroïde ; par le Dr Rushton Parther. (*Bret. med. journ.*, février 1896.)

L'auteur, traita une petite fille de six ans qui se trouvait dans un état avancé de crétinisme par les tablettes d'extrait thyroïde, dont il augmenta progressivement la dose. Après douze mois de traitement l'amélioration physique et mentale était manifeste. Deux photographies accompagnent l'observation. A. V.

XII. Cas de crétinisme sporadique traités par la glande thyroïde; par le Dr Telford Smith (de Lancaster). (*Brit. med. journ.*, juin 1896.)

L'auteur a traité un jeune crétin de six ans trois mois dont un frère était aussi dans l'état de crétitisme du vraisemblablement à l'hérédité maternelle, par la glande thyroïde donnée soit à l'état frais soit en tablette.

En dix mois le succès a été complet tant au point de vue physique qu'intellectuel. Dans le même numéro du journal, le Dr Raillon de Manchester, continue l'observation d'un crétin de quatorze ans dont l'histoire avait déjà été rapportée dans le *Brit. med. journ.*, en 1891. A. V.

XIII. Observation clinique d'un cas de psoriasis traité par l'extrait thyroïdien; par le Dr Byron Bramwel (d'Edimbourg). (*Brit. med. journ.*, mars 1894.)

L'auteur relate une observation d'un cas de psoriasis diffus et ancien, guéri par l'emploi de l'extrait thyroïdien. Des photographies montrant le malade avant et après le traitement confirment cette guérison. Il fait suivre cette communication de considérations intéressantes sur la préférence qu'il accorde aux tablettes solides sur les préparations liquides d'extrait thyroïdien, sur l'action de cet extrait, sur l'épiderme et il insiste aussi sur un point que le séjour au lit, dans un hôpital, favorise beaucoup l'action du traitement en évitant aux malades les changements de température et les écarts de régime. Le même médecin publie dans le *Brit. med. journ.*, avril 1894, des cas de lupus et d'ichtyosis traités et guéris par l'extrait thyroïdien. Des photographies prises aux différentes périodes de traitement accompagnent le texte. A. V.

XIV. Discussion sur le traitement des maladies nerveuses et mentales par les extraits organiques. (*Brit. med. journ.*, 26 septembre 1896.)

Le Dr Alexandre Robertson a expérimenté la cervelle fraîche de mouton, la cérébrine, l'extrait thyroïde, liquide de Brown-Sequard et thymus. Ses conclusions sont que la myéline et la cérébrine sont des stimulants du système nerveux qui peuvent agir dans certains états morbides. Son plus grand succès a été une amélioratien d'un cas de démence avec hésitation de la parole, tremblement des mains et faiblesse des jambes. Dans les autres cas aucun changement durable ne s'est manifesté. Les extraits de glande thyroïde lui paraît devoir être plus active bien que ses expériences aient été limitées à trois chroniques qui n'ont pas été améliorés.

Il n'a obtenu aucun succès avec l'extrait de testicule. Le D[r] Farguharson a expérimenté l'extrait thyroïdien sur 13 malades (5 maniaques, 7 mélancoliques, 1 dément) pris dans les conditions les plus favorables à la réussite du traitement. Ils prenaient jusqu'à 3 gr. 25 d'extrait thyroïdien, ils étaient couchés pendant le traitement, d'une durée moyenne de huit jours. On constata les changements physiques ; ascension de la température, rapidité et faiblesse du pouls, nausées, moiteur de la peau et perte de poids. Les changements de l'état mental furent manifestes : un déprimé devint plus actif, d'autres plus émotionnables ou plus excités et violents ; quelques-uns enfin, ne furent pas modifiés, mais d'une façon générale les modifications tant physiques que mentales ne persistèrent pas trois mois après la cessation du traitement. Certains états de stupeur et de dépression se trouvèrent au contraire aggravés. En résumé ces expériences de traitement par glande thyroïde, bien que faites dans les meilleures conditions, n'ont pas donné de résultats satisfaisants. Le D[r] Macphail n'a obtenu aucun résultat sérieux de l'emploi de la cervelle et du thymus. Il n'en est pas de même de la glande thyroïde dont il a expérimenté les tablettes sur 50 malades, et qu'il considère comme un médicament actif. A son avis on ne doit pas ranger un malade parmi les chroniques avant d'avoir essayé sur lui l'action du suc thyroïdien.

Le D[r] Bruce a expérimenté la cervelle qu'il considère comme un aliment plutôt que comme un médicament ; il n'a vu aucune amélioration d'un état mental produit par l'emploi de tablettes d'ovaire, de testicule, de glandes surrénales. Toujours les examens du sang et les tracés du pouls ont donné des résultats négatifs. L'extrait thyroïde au contraire a une action indiscutable et si le pourcentage des guérisons diminue, c'est que les cas susceptibles d'être traités de cette façon l'ont déjà été. Il regarde la glande thyroïde comme un médicament de grande valeur surtout dans les cas de stupeur, de folie puerpérale et climatérique tendant à la chronicité. On peut s'en servir pour distinguer la stupeur de la démence et pronostiquer l'incurabilité.

Le D[r] Clouston apporte une observation d'un cas de manie juvénile traitée sans succès par les remèdes ordinaires et guérie radicalement par l'emploi de la glande thyroïde. Pour lui, négliger ce remède dans certains cas de folie, c'est ne pas faire profiter son malade de toutes les chances possibles de guérison. A. V.

XV. Discussion sur la paralysie générale, les soins hygiéniques et médicaux a donner a cette maladie dans les asiles. (*Brit. med. journ.*, 26 septembre 1896.)

La discussion a été limitée à ces différents points : quel traitement doit subir le paralytique général pendant la période initiale

d'excitation de sa maladie, comment éviter les accidents et les fractures? 2° durant la période de calme, comment est-il maintenu propre? 3° doit-il, à cette période, suivre un régime spécial afin d'éviter un embonpoint excessif lorsqu'il devra s'aliter? 4° quels sont les meilleurs sédatifs permettant de le diriger pendant le cours de la maladie? 5° doit-on se servir de l'isolement? 6° comment éviter les eschares à la période ultime de l'alitement?

Le traitement le plus intéressant et qui prêta le plus à la discussion fut celui, que le Dr Clouston déclare faire suivre à ses paralytiques généraux à la première période. Il les isole et leur fait prendre du sulfonal à hautes doses (1 à 2 grammes) dans du lait. Après le premier jour le malade est comme ivre, le troisième jour il est dans une sorte de coma léger et la dose est diminuée. Après une dizaine de jours de ce traitement le malade passe directement de la période d'excitation dans celle de calme. Le Dr Campbell Clarke considère ce traitement comme présentant un certain danger et le Dr Jellowlus le désapprouve complètement. A. V.

XVI. Un crétin goitreux traité par l'extrait thyroïdiens; par W. Rurshton Parther (de Kendal). (*Brit. med. journ.*, juin 1896.)

L'auteur considère ce cas comme intéressant à cause de la rareté des crétins goitreux dans le pays par rapport aux crétins non porteurs de goitre et à cause de la présence de pseudo-lipomes. Il pense que la division des crétins en sporadiques et endémiques est inutile, et il a constaté que les bénéfices du traitement sur ce crétin de dix-huit ans ne sont pas comparables à ceux que l'on obtient à un âge moins avancé. Trois photographies accompagnent l'observation détaillée.

XVII. Quelques remarques sur le rapport entre la syphilis et le tabes et sur le traitement de cette dernière affection; par E.-A. Homen. (*Finiska Lakaresallikapets Handlingar*, novembre 1897.)

L'influence de la syphilis comme cause prédisposante au tabes paraissant démontrée par les abondantes données statistiques recueillies surtout pendant les dix dernières années, l'auteur pense qu'il importe de rechercher dans quelle mesure la nature des antécédents syphilitiques et les conditions du traitement de cette affection jouent un rôle dans l'étiologie du tabes.

Dans les 47 cas de tabes que l'auteur a traités dans les neuf dernières années, il s'est enquis avec soin du traitement antisyphilitique antérieurement subi par les malades. Il a constaté avec certitude, dans 7 cas, un chancre mou; dans 32 cas, c'est-à-dire

68 p. 100, une syphilis généralement légère. Dans ces 32 cas, à l'exception d'un seul, le traitement antisyphilitique avait été tout à fait insuffisant et, dans quelques cas, très tardif. Ces chiffres confirment ainsi pour leur part l'opinion, exprimée entre autres par Fournier, qu'un traitement insuffisant ou tardif de la syphilis prédispose, ainsi qu'aux affections syphilitiques directes du système nerveux, aussi à des affections post ou parasyphilitiques comme le tabes. Quant aux méthodes physiques de traitement du tabes, l'expérience acquise par l'auteur le porterait à donner la préférence à la gymnastique passive combinée avec des exercices coordinatoires.

XVIII. Sur un cas de syphilis cérébrale énergiquement traité avec le mercure, suivi de névrite mercurielle et de guérison; par le Dr W. Krauss.

Les cas de méningo-encéphalite spécifique sont, parmi les cas de syphilis cérébrale, les plus susceptibles de guérison, à la condition que les antisyphilitiques soient donnés, s'il est nécessaire, jusqu'à l'intoxication. L'observation rapportée en est un exemple.

Il s'agit d'une syphilitique de vingt-sept ans, atteinte de méningo-encéphalite spécifique et dont l'état était considéré comme désespéré. Des injections hypodermiques furent faites chaque jour pendant dix jours à la dose de 0 gr. 07 de bichlorure en même temps que des frictions avec de l'oxyde jaune aux plis du coude et du genou. L'amélioration fut rapide, mais des symptômes de névrite toxique apparurent aux coudes et extrémités de membres supérieurs, précisément au siège des frictions mercurielles.

Ces névrites toxiques disparurent rapidement avec la cessation du traitement mercuriel, et la malade put sortir guérie, tout au moins de la manifestation syphilitique actuelle. (*The alienist and neurologist*, janvier 1897.) E. B.

XIX. Résection bilatérale du sympathique cervical dans un cas de goitre exophthalmique; par MM. Chauffard et Quénu. (*Presse médicale*, 3 juillet 1897.)

Il s'agit d'un hystérique de vingt-quatre ans, atteint d'un goitre exophthalmique typique, accompagné de tous les symptômes cliniques et sur qui M. Quénu a pratiqué la résection bilatérale du ganglion cervical supérieur du grand sympathique et du tronçon nerveux sur une longueur d'environ quatre centimètres. Aucun trouble vaso-moteur ne s'est manifesté après l'opération, du côté de l'oreille ou de la joue, mais il s'est produit un myosis qui a duré deux jours.

Au point de vue thérapeutique les résultats obtenus n'ont pas

été démonstratifs. Au moment même de l'opération et les jours suivants, on a noté des troubles cardiaques, une aggravation de la tachycardie et l'apparition d'arythmie. Au bout de quelques jours, tout est rentré à peu près dans l'ordre ; le malade est revenu à ses 100 à 110 pulsations, mais avec des rechutes de tachycardie.

Le goitre a été bien peu modifié : la circonférence du cou, qui était de 38 centimètres avant l'opération a varié ensuite entre 37 et 36,5. La diminution de l'exophthalmie a été minime, si même elle s'est produite.

En somme, le bénéfice obtenu a été à peu près nul ; on peut même se demander si le malade n'a pas plutôt souffert que profité de l'opération puisque, après elle, son poids a baissé de trois kilogrammes dans l'espace de deux mois. Le décès du malade par suite d'un empoisonnement accidentel par la digitaline, est venu interrompre brusquement son observation. A. Fenayrou.

XX. La ponction lombaire dans la méningite tuberculeuse; par M. A.-B. Marfan. (*Presse médicale*, 8 septembre 1897.)

La valeur curative de cette opération dans la méningite tuberculeuse est nulle ; son action paliative est très médiocre et inconstante ; néanmoins, on pourra la pratiquer en raison de sa facilité relative et de son innocuité presque complète. Elle est surtout indiquée quand il existe des signes de compression cérébrale, c'est-à-dire quand on trouve associés la tendance au coma, l'hypothermie, l'insensibilité, la résolution musculaire et la dilatation des pupilles. Rarement la ponction lombaire fournit des renseignements décisifs pour le diagnostic. A. Fenayrou.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU.

Dans la *séance publique annuelle* que la Société a tenue, le 22 octobre 1897, les discours suivants ont été prononcés par :

1° M. Schataloff. — *Le rôle de l'inconscient dans la vie humaine;*
2° M. Mouravieff. — *De l'origine de la parole ;*
3° M. J. Rossolimo. — *La peur et l'éducation.*

Séance du 22 novembre 1897.

MM. Pribytkoff et Werziloff présentent un malade atteint d'*hématomyélie* centrale.

Le malade, âgé de dix-huit ans, paysan, sans antécédents héréditaires ni personnels, fut brusquement frappé, le 22 mai 1897, au moment où il déployait un très grand effort musculaire pour retenir son cheval emballé, d'une paralysie des deux membres supérieurs. Quelques minutes plus tard, la paralysie gagna les muscles du tronc et la jambe droite ; en même temps, parésie de la jambe gauche, rétention complète d'urine qui dura deux à trois jours, et constipation opiniâtre. Au bout de huit ou quinze jours, survint une amélioration lente et progressive, de sorte que, vers le 1er juillet, le malade était déjà capable de bien marcher, de lever les bras et de plier les coudes. Mais déjà à cette même époque, l'atrophie des petits muscles de la main était bien prononcée des deux côtés. Cette atrophie ne fit que progresser dans la suite.

A l'examen actuel, on constate que les mouvements des doigts et des poignets sont faibles et limités des deux côtés ; il existe une atrophie dégénérative des petits muscles de la main, des extenseurs et en partie même des fléchisseurs des avant-bras. Pas d'atrophie ni de parésie dans les muscles du tronc et des membres inférieurs. En outre, on trouve une analgésie et une thermoanesthésie complète à la moitié gauche de la poitrine et du dos, dans l'espace compris entre le bord inférieur de la cage thoracique, en bas, et la ligne qui passe par le mamelon et le bord supérieur de l'omoplate, en haut. Dans toute la moitié gauche du corps, la sensibilité douloureuse et thermique est du reste très abaissée, de même que du côté droit du corps, à partir de la ligne mamellaire et plus bas (y compris la jambe), bien que, dans un degré plus faible ; une certaine diminution de la sensibilité a été constatée pendant un moment du côté cubital des deux mains, dans la région du nerf cutané moyen. — La pupille droite est plus large que la pupille gauche ; la réaction pour la lumière est normale. Les réflexes patellaires sont très exagérés ; phénomène du pied à gauche.

MM. Pribytkoff Werziloff admettent dans ce cas une hémorrhagie dans la substance grise de la moelle, ayant intéressé les cornes antérieures et postérieures d'une façon inégale des deux côtés. L'hématomyélie est localisée au niveau du 8e segment cervical et du 1er dorsal.

M. le professeur Kojewnikoff attire l'attention sur la pureté du cas de MM. P... et W... et croit à l'étendue considérable de l'hémorrhagie le long de la moelle.

M. S. Orlovski. — *Sarcomatose de la moelle épinière et syringomyé-*

lie. Contribution à la pathologie de la formation des cavités dans la moelle épinière.

Il s'agit d'une fillette de quatorze ans, dont l'affection débuta en octobre 1895 par des douleurs légères dans le dos, suivies bientôt d'une faiblesse progressive des jambes. Au mois de décembre, la jambe droite était déjà complètement paralysée, tandis que la jambe gauche n'était que fortement parésiée.

A l'examen du 18 janvier 1896, époque de la rentrée de la malade à la clinique des maladies nerveuses, on a constaté : paraplégie inférieure complète; atrophie des muscles correspondants avec abolition de l'excitabilité électrique des muscles extenseurs et adducteurs des cuisses; abolition des réflexes patellaires; exagération du réflexe du tendon d'Achille (trépidation spinale du côté gauche); anesthésie du tronc à partir de la ligne qui passe en arrière, au niveau de la 9e vertèbre dorsale, en avant à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic; cette anasthésie s'étend aux deux jambes, à l'exclusion de la face postérieure des cuisses et de la face externe des jambes (zone de distribution du plexus sacré); au-dessus de la limite supérieure précitée de l'anesthésie se trouve une bande étroite d'hypéresthésie; rétention d'urine; constipation; la moitié supérieure du corps est normale.

Evolution de la maladie. — La maladie progresse lentement, mais continuellement. L'anesthésie s'étend au domaine des nerfs sacrés et aux régions plus élevées du tronc; des décubitus se déclarent en même temps qu'un tremblement des mains, rappelant le tremblement « intentionnel », et le nystagmus. Au mois de septembre, l'anesthésie gagne les membres supérieurs, en même temps qu'on remarque une parésie des mains et des muscles du tronc. Au mois de novembre apparaissent des symptômes bulbaires et des phénomènes de septicémie. La malade succombe le 18 décembre 1896.

A l'autopsie on trouve à l'intérieur de la colonne vertébrale une tumeur sarcomateuse, ayant pour point de départ, selon toute vraisemblance, les méninges spinales (endothéliome). La tumeur a détruit la partie inférieure de la moelle épinière, et, au niveau des deux dernières vertèbres dorsales et de la première lombaire, elle est sortie à la surface externe de la colonne vertébrale, après avoir détruit la dure-mère et l'appareil ligamentaire. La tumeur est très riche en vaisseaux, en partie oblitérés, en partie ayant subi une dégénération hyaline et athéromateuse. Au niveau de la 9e racine dorsale la tumeur se dédouble et se dirige en haut dans deux directions distinctes. La masse principale de la tumeur s'en va dans l'espace subdurale, de façon à étrangler la moelle comme dans une gaine qui s'enfonce par endroits dans l'intérieur même de la substance médullaire, s'amincit à mesure qu'elle remonte, s'épaissit de nouveau à la hauteur du renflement cervical, pour se

perdre définitivement au voisinage de la décussation des pyramides. Une autre partie de la tumeur s'enfonce directement dans la partie centrale de la moelle où elle forme une colonne nettement délimitée, pourvue d'une cavité centrale, tapissée d'un tissu connectif. Au niveau de la région dorsale supérieure, la tumeur centrale et la cavité se séparent l'une de l'autre : celle-là apparaît comme une tache bien distincte dans le cordon de Burdach du côté droit ; celle-ci (c'est-à-dire la cavité), entourée du tissu névroglique hyperplasié, se cantonne dans le cordon postérieur du côté gauche. On découvre en outre une autre cavité, n'ayant aucun rapport apparent avec la tumeur, localisée dans la partie centrale de la région cervicale supérieure et développée également au milieu d'une gliomatose (hyperplasie de la névroglie), laquelle s'étend même plus bas sous forme de tache dans le cordon postérieur. Les deux cavités n'ont pas de revêtement endothélial et ne paraissent pas être en rapport avec le canal central. Celui-ci, grâce à la formation de diverticules, se divise souvent en deux et même plusieurs cavités (ainsi au niveau du renflement cervical on compte 6 et même 7 cavités).

Dans le bulbe, on trouve un ramollissement très prononcé (jusqu'à la liquéfaction) ; dans la pie-mère du cerveau et du cervelet — de petites métastases de la tumeur sarcomateuse. Pas d'autres métastases dans les autres organes internes.

En résumé, les particularités intéressantes du cas actuel sont : 1° l'altération extrêmement prononcée des vaisseaux (oblitération, dégénération hyaline et athéromateuse) et 2° la façon dont la tumeur se comporte vis-à-vis de la substance médullaire qu'elle a détruite même dans les endroits où les méninges correspondantes ne sont guère touchées. On peut supposer avec raison que la cavité inférieure n'est pas due à la désagrégation de la tumeur, mais qu'elle a existé avant l'irruption dans ses parois des éléments néoplasiques. Quant à la cavité supérieure, c'est de la syringomyélie, consécutive à la gliomatose médullaire ; un rôle important a été joué dans la formation de ses parois par les vaisseaux oblitérés, transformés en bandes de tissu connectif.

Les deux processus pathologiques qu'on observe simultanément dans ce cas, notamment la gliomatose avec syringomyélie, et la sarcomatose, — ne doivent pas être considérés comme une coïncidence fortuite, d'autant plus que l'existence simultanée de tumeurs et de cavités dans la moelle a été, à maintes reprises, notée dans la littérature. La tumeur ayant évolué dans les méninges et dans la substance médullaire même, a provoqué une hypérémie (stase sanguine) considérable ; cette hypérémie a déterminé une hyperplasie de la névroglie, qui, à son tour, a donné naissance à la formation des cavités.

Cette observation semble donc confirmer la théorie de Langhans

et Kronthal sur l'origine hypérémique de la syringomyélie. Cette théorie est juste pour une certaine catégorie de cas de syringomyélie, et notamment dans les cas où il s'agit d'une compression médullaire, occasionnée par des tumeurs ou par d'autres facteurs agissant dans le même sens. Le mécanisme en vertu duquel l'hypérémie (stase) mène à la syringomyélie n'est pas encore bien élucidé ; en tous cas, l'intervention du canal central dans ce processus n'est pas obligatoire, bien que Langhans, Kronthal et Schlesinger affirment le contraire. — La communication de M. Orlovski a été accompagnée de démonstrations des préparations microscopiques et de projections électriques.

Dans la *discussion*, M. Mouratow fait remarquer que la nature des cellules, dont est constituée la paroi de la cavité localisée dans la partie supérieure de la moelle, ne lui paraît pas suffisamment laire. D'après son avis, qu'il partage avec le Dr Korniloff, cette observation ne confirme ni infirme la théorie de Langhans et de Kronthal.

M. Mourawieff croit que la sarcomatose et la gliomatose dans cette observation sont des processus d'origine *congénitale* et que le cas de M. Orlovski peut être cité à l'appui de la théorie embryonnaire de la syringomyélie (gliomatose),

MM. Weidenhamer, Kojewnikow et Rossolimo prennent également part à la discussion.

M. P. Strieltzow. *Contribution à la casuistique des corps étrangers dans l'estomac des aliénés.*

L'auteur relate le cas d'un mélancolique qui avala une pince casse-noisette en fer, d'environ 150 grammes de poids, sans aucune conséquence fâcheuse pour sa santé. Deux ans plus tard, une des deux branches de la pince se fraya chemin à travers la paroi gauche de la cage thoracique et fut extraite après incision des téguments externes ; l'autre branche fut extraite de l'estomac à travers la même fistule. Les deux branches furent trouvées fortement entamées et usées ; la charnière n'existait pas et ne put être trouvée. — MM. Repman, Jakowenko, Korsakoff et Pribytkoff citent des cas analogues.

Asiles d'aliénés. — *Marseille et Aix.* Le concours pour quatre places d'interne et deux places d'externe s'est terminé par les nominations suivantes ; *Internes :* MM. Plaignard, Flaissières, Fornari, Colombani et Jean ; — *Externes* : MM. Bensussan et Pauzier.

Saint-Ylie près Dôle (Jura). *Demande d'interne :* 14 inscriptions ; traitement 800 francs, logement, nourriture, chauffage, éclairage et blanchissage. S'adresser à M. le Dr Sizeray, médecin-directeur de l'asile.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 janvier 1898.

L'Académie a procédé à la distribution des prix dont elle dispose et propose des sujets de prix à décerner. Nous ne relevons que ceux qui ont trait à la Neurologie.

PRIX LALLEMAND. — La Commission partage le prix entre M. Henri Meunier pour son étude sur le *Rôle du système nerveux dans l'infection de l'appareil pulmonaire*, et M. Gustave Durante pour son étude sur les *Dégénérescences secondaires du système nerveux*. — Des mentions honorables sont accordées à M. Voisin pour son travail *Sur l'épilepsie;* à MM. Onuf et Collins, pour leur ouvrage portant pour épigraphe : *Impariamo ancora;* à M. A. Mercier, auteur d'une brochure *Sur la diminution du poids du cerveau dans la paralysie générale*, et d'un autre travail intitulé : *Les coupes du système nerveux central.*

Programme des prix proposés pour les années 1898, 1899 *et* 1900.

PRIX LALLEMAND. — Ce prix annuel, d'une valeur de *dix-huit cents francs*, est destiné à « récompenser ou encourager les travaux relatifs au *système nerveux*, dans la plus large acception des mots ». Les travaux destinés au concours devront être envoyés au Secrétariat de l'Institut avant le 1er juin de chaque année.

PRIX POURAT (question proposée pour l'année 1898). — L'Académie rappelle qu'elle a mis au concours, pour l'année 1898, la question suivante : *Innervation motrice de l'estomac.* Le prix est de *quatorze cents francs.* Les mémoires seront reçus au Secrétariat de l'Institut jusqu'au 1er juin 1898.

PRIX POURAT (question proposée pour l'année 1899). — La question mise au concours pour le prix Pourat, en 1899, est la suivante : *Des caractères spécifiques de la contraction des différents muscles.*

Voici le relevé des communications faites durant le premier semestre à l'Académie des sciences, relatives au système nerveux : *Recherches sur l'histologie de la cellule nerveuse, avec quelques considérations physiologiques*, par G. Marinesco ; — *Les nerfs du cœur et la glande thyroïde*, par E. de Cyon ; — *Sur quelques localisations de la morphine dans l'organisme*, par A. Antheaume et A. Monneyrat; — *Les troubles physiologiques et trophiques dus aux rayons X*, par Destot ; — *Influence des différents processus psychiques sur la pression du sang chez l'homme*, par Binet et Vaschide ; — *Période réfractaire dans les centres nerveux*, par A. Broca et Ch. Richet (trois commu-

nications); — *Démonstration de l'existence de nerfs vaso-sensitifs régulateurs de la pression sanguine*, par Delezenne; — *Action de la bile et des sels biliaires sur le système nerveux*, par Bickel; — *Sur l'application de la photographie à l'enregistrement des effluves qui se dégagent des êtres vivant à l'état normal et pathologique*, par Charrin et Nittis; — *De l'influence de la section de la moelle épinière, dans sa région cervicale, sur la réplétion du cœur paralysé par l'électrisation*, par Prévost et Radzikowski; — *Troubles trophiques consécutifs à la section des racines postérieures médullaires*, par J.-P. Morat ; — *De l'influence du sommeil hypnotique sur les gastralgies du tabes dorsal*, par Spalikowsky; — *Expériences sur l'excitation des nerfs par les rayons électriques*, par Danilewsky.

BIBLIOGRAPHIE.

IV. *Archives d'anthropologie criminelle et de psychologie normale et pathologique* ; Drs Lacassagne et Tarde (année 1897).

1. *Les médecins experts et les erreurs judiciaires;* par A. Lacassagne. — Les préoccupations de l'opinion sont depuis plusieurs mois aux erreurs judiciaires. Nos temps ne sont pas bien différents des autres, et il y a toujours eu trop de ces erreurs, assurément. Mais si nous pouvons douter, en face de certains entraînements, que le besoin de justice soit plus vif qu'autrefois, nous savons du moins que l'on supporte moins aisément les condamnations prononcées sans preuves certaines. On s'irrite surtout et à bon droit, lorsque des magistrats montrent de l'obstination à ne pas reconnaître leurs fautes, au lieu de s'empresser de les réparer. La seule excuse possible à des actes qui outragent la conscience, c'est en effet l'absolue bonne foi. L'infaillibilité, personne ne la possède. La bonne foi indiscutée, voilà donc le premier fondement de l'autorité morale des juges.

Combien donc M. Lacassagne a raison de raconter sans réticence les nombreuses causes d'erreur à éviter dans les expertises médico-légales, et les fautes que commettent des médecins mal préparés, précipités dans leurs jugements ou qui laissent trop facilement engager leur responsabilité dans des questions qui échappent à leur compétence ! Voici, en exemples, des cas qu'il cite : un Italien meurt dans un hôpital à la suite d'une rixe. L'expert, chargé de l'autopsie, décrit une lésion de la fosse iliaque résultant d'une incision chirurgicale, comme cause de la mort. Or, la victime avait

été tuée d'un coup de couteau à la région lombaire. L'expert n'avait pas retourné le cadavre. — Une fille mère étant allée chercher son enfant en nourrice, le ramène mort. Le médecin appelé déclare que cet enfant a succombé à une entérite et que son intestin est plein de matières diarrhéiques. Chargé d'une contre-expertise, le Dr Coutagne reconnaît tout d'abord que l'estomac et l'intestin n'ont même pas été ouverts. Dans l'intestin se trouvaient des baies toxiques du taminier que la mère avait données à son enfant le long de la route.

Une jeune fille, suspectée d'être la mère d'un nouveau-né dont on vient de trouver le cadavre, est confiée à l'examen d'un premier médecin. Celui-ci déclare qu'elle vient d'accoucher. Elle proteste. Un second médecin affirme qu'elle est vierge. Le juge commet un troisième expert. Celui-ci la reconnaît enceinte de six mois. Quelques jours après elle accouche en prison d'un enfant à terme.

Combien est épineux en particulier l'examen des petites filles se disant victimes d'attentats à la pudeur ! Et que de gens injustement condamnés sur la dénonciation de gamines perverses ! Tous les médecins susceptibles de remplir le rôle d'experts ne doivent pas se départir de ces règles : 1° douter, douter même en dépit de certaines évidences ; 2° ne pas se fier aux apparences, surtout lorsqu'elles se montrent sous les dehors de la simplicité ; 3° regarder longtemps, même après qu'on croit avoir bien vu ; 4° éviter les théories et se méfier de l'imagination ; 5° avoir toujours présent à l'esprit l'aphorisme ancien : *tota medicina prudentia est*, etc.

M. Lacassagne pour conclure demande avec toute raison : 1° que les experts soient des spécialistes, exercés uniquement en vue des expertises à faire, des professionnels en un mot, ayant chacun un département judiciaire ; 2° que pour tous cas d'urgence les médecins aient à remplir des feuilles médico-légales, qui leur seraient distribuées et leur serviraient de guides ; 3° qu'enfin les rapports d'experts soient soumis à un conseil médical institué près de chaque Cour d'appel.

2. *L'affaire de la rue Tavernier. Strangulation par les mains ou suffocation;* par A. Lacassagne.

Il s'agit de cet homme trouvé mort dans une malle appartenant à sa maîtresse et dans la chambre même de celle-ci. M. Lacassagne est parvenu à démontrer qu'il avait été fourré dans la malle avec quelque violence et que même, étant déjà dans la malle, étalé sur le dos, on l'avait fortement serré au cou. Son cadavre, en effet, présentait des ecchymoses au cou, aux parties saillantes symétriques et aux flancs, ainsi que les taches rougeâtres appelées *lividités cadavériques*, dans toute la région du dos. La circulation arrêtée, le sang s'agglomère dans les parties les plus basses et y forme ces taches qui, après sept ou huit heures, ne se déplacent plus. Devant

ces constatations, la maîtresse incriminée a dû reconnaître au moins que c'est elle-même qui avait fermé le couvercle de la malle sur son amant, et qu'ayant ouvert celle-ci seulement le lendemain elle avait retourné le cadavre dans la position accroupie dans laquelle on l'avait trouvé, pour faire croire qu'il était de lui-même entré dans la malle.

Les magistrats ont éprouvé bien des hésitations devant les mobiles de sa conduite. Elle n'était pas maîtresse chez elle, car elle vivait avec un autre amant, et c'est l'arrivée de celui-ci qui l'avait sans doute déterminée à se débarrasser coûte que coûte, dans un mouvement affolé, de l'autre qui, lui-même menacé d'être surpris, n'a pas opposé grande résistance. Toujours est-il qu'elle a été condamnée seulement à un an de prison pour blessures ayant involontairement occasionné la mort.

(*A suivre.*) ZABOROWSKY.

VARIA.

QUARTIERS D'ALIÉNÉS DE BICÊTRE ET DE LA SALPÊTRIÈRE.

Mise à la retraite de M. le Dr Falret. — Concours pour une place de médecin aliéniste. — Par un arrêté en date du 27 novembre 1897, M. le Préfet de la Seine vient, sur la proposition du directeur de l'Assistance publique et l'avis conforme du Conseil de surveillance de cette administration, de décider que M. le Dr Falret, médecin du service des aliénés de l'hospice de la Salpêtrière, serait, pour raison d'âge, relevé de ses fonctions à partir du 1er janvier 1898. Par suite de cette retraite et des mouvements qui en ont été la conséquence parmi le personnel des médecins aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière, l'administration de l'Assistance publique ouvrira le 5 mai un concours pour une place de médecin adjoint (ou mieux suppléant), du service des aliénés à l'hospice de Bicêtre. — M. le Dr A. Voisin, à la suite d'une décision de la même administration, se retirera dans deux ans. — Le départ de M. Falret a eu pour conséquence le passage de M. le Dr Charpentier de Bicêtre à la Salpêtrière, la nomination de M. le Dr J. Seglas, médecin suppléant de la Salpêtrière comme médecin titulaire de Bicêtre et le passage de M. le Dr Chaslin, médecin suppléant de Bicêtre, au même titre à la Salpêtrière. — La place mise au concours est donc celle de médecin suppléant résidant à Bicêtre. Ce médecin est chargé de parer aux accidents qui pourront survenir dans la maison, de soigner le personnel et de remplacer, en cas d'absence, les médecins de la division des aliénés.

Revision des articles 3 et 5 de l'arrêté du 3 juillet 1880, relatif au concours pour les places de médecin adjoint du service des aliénés dans les quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Le Préfet de la Seine : Vu la loi du 30 juin 1838, article 7, et l'ordonnance du 18 novembre 1889, article 11, § 3; ensemble les décrets de décentralisation administrative du 25 mars 1852 et 9 janvier 1861; vu la loi du 10 janvier 1849, articles 1 et 5, § 10; vu l'arrêté préfectoral du 9 juillet 1880, portant organisation du concours pour la nomination aux places de médecin adjoint du service des aliénés dans les quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière; vu le rapport par lequel le Directeur de l'administration générale de l'Assistance publique propose de reviser :

1° L'article 3 du susdit arrêté relatif aux conditions exigées des candidats pour pouvoir être inscrits à ce concours, de manière à rendre ces conditions égales pour les candidats anciens internes des asiles publics d'aliénés de la Seine;

2° L'article 5, qui détermine la composition et le mode de formation du jury, de manière à limiter dans ce jury le nombre des membres pris parmi les médecins des asiles publics d'aliénés de la Seine; — Vu les délibérations conformes du Conseil de surveillance de l'Assistance publique en date du 28 octobre 1897 et du 23 décembre 1897, le secrétaire général de la préfecture entendu, arrête :

Article premier. — Les articles 3 et 5 de l'arrêté préfectoral du 6 juillet 1890, portant organisation du concours pour la nomination aux places de médecin adjoint du service des aliénés dans les quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière, sont revisés ainsi qu'il suit, savoir :

« Art. 3.—Seront admis à concourir les candidats préalablement inscrits par l'administration qui réuniront les conditions suivantes: 1° la qualité de Français; 2° vingt-huit ans d'âge; 3° cinq années de doctorat. — Pour les candidats ayant été internes en médecine dans les hôpitaux et hospices de Paris ou dans les asiles publics d'aliénés de la Seine, les années d'internat seront comptées comme années de doctorat.

« Art. 5. — Le jury du concours sera composé de sept membres, savoir : trois membres tirés au sort parmi les médecins aliénistes chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires; un membre tiré au sort parmi les médecins chefs de service des asiles publics d'aliénés de la Seine, en exercice ou honoraires, et le médecin du bureau d'admission de Sainte-Anne; trois membres tirés au sort parmi les médecins chefs de service des hôpitaux en exercice ou honoraires.

« Les médecins chefs de service des asiles publics d'aliénés de la

Seine en exercice et le médecin du bureau d'admission de l'Asile clinique de Sainte-Anne. ne pourront être portés sur la liste des membres parmi lesquels devra être tiré le jury du concours qu'après cinq années d'exercice.

« Le tirage au sort aura lieu dans la forme usitée pour les concours des médecins des hôpitaux, en présence de deux membres du Conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique et de deux membres de la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine. »

ART. 2. — Le secrétaire général de la préfecture et le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté. — Fait à Paris, le 18 janvier 1898. Signé : J. de Selves.

FAITS DIVERS.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Nominations et mutations :* M. le Dr SIZARET, médecin adjoint de l'asile de la Roche-Gaudon est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Ylie, en remplacement de M. le Dr ROUSSET, maintenu sur sa demande médecin adjoint à l'asile de Bron ; — M. le Dr DERICQ, directeur-médecin de l'asile de Bonneval est élevé à la 2e classe ; — M. le Dr GUYOT, directeur-médecin de l'asile de Châlons, est élevé à la classe exceptionnelle ; — M. le Dr TOY est nommé médecin-adjoint à l'asile de la Roche-Gandon, en remplacement de M. le Dr SIZARET ; — M. le Dr ALLAMAN, médecin adjoint à l'asile d'Auxerre est élevé à la 1re classe ; — M. le Dr MONESTIER, médecin adjoint des asiles de Lafond, est élevé à la 1re classe ; — M. le Dr FENAYROU, médecin adjoint de l'asile de Blois, est élevé à la 1re classe.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr GOUJON, sénateur, médecin-directeur de la Maison de santé de la rue Picpus, vient d'être nommé *commandeur de la Légion d'honneur ;* — M. le Dr F. RAYMOND, professeur de clinique nerveuse, médecin de la Salpêtrière, a été nommé *Officier ;* — Mlle BOTTARD, surveillante à la Salpêtrière, 56 ans de services, a été nommée *chevalier de la Légion d'honneur.* Nous adressons nos plus vives félicitations à nos amis Goujon et Raymond, ainsi qu'à Mlle Bottard.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Commission d'études.* Le Conseil général de la Seine vient de nommer une commission pour examiner les différentes questions intéressant l'hospitalisation des aliénés au point de vue des vœux à émettre que des résolutions à prendre. Elle est composée, hors les membres de droit, de tous les médecins titulaires et adjoints des asiles de la Seine, du professeur de clinique des maladies mentales et de MM. Terrier et

Picqué (pour la chirurgie), Nocard et Miquel (pour le projet d'un laboratoire central des asiles) et Collin (pour les aliénés criminels). La même assemblée a, par une délibération en date du 29 décembre 1897, invité l'administration à ouvrir des conférences avec le directeur de l'Assistance publique et avec le doyen de la Faculté de médecine de Paris pour étudier le transfert de la clinique de Sainte-Anne à la Salpêtrière et pour organiser un stage obligatoire dans un service de médecine mentale que devrait faire tout candidat au doctorat.

— Le concours de l'Internat en médecine s'est terminé par la nomination de MM. Castin, Farnarier, Conso, Wahl, Carrier, Marchand, Pasquet, Dide, Petit, *internes titulaires*. — Ont été nommés *internes provisoires :* MM. Hyvert, Launay, Meurice.

— Le concours de l'Internat en pharmacie vient de se terminer. *Internes titulaires :* MM. Goret, Stenuit, Delange. — *Internes provisoires :* MM. Dupouy, Bardy, Esnault.

Académie de médecine. — Dans sa séance annuelle du 14 décembre, l'Académie a décerné les prix suivants, concernant les maladies nerveuses et mentales :

Prix Civrieux. 1.000 fr. Question : *Valeur séméiologique des délires systématisés.* A M. Pécharman, Clermont (Oise). Mentions très honorables à MM. Vigouroux, à Dun-sur-Auron (Cher), et M. Ducasse.

Prix Théodore Herpin (de Genève). 3.000 fr. Un prix de 2.000 fr. à M. J. Voisin, de Paris. Mentions honorables avec une somme de 500 fr. à MM. Maurice Auvray, de Paris ; Chipault, de Paris. Mentions honorables à MM. Crozier, de Beauvais ; Ernest de Massary, de Paris, et Charles Mirallié, de Nantes.

Prix Itard. 2.500 fr. (Triennal). Un prix de 1.200 fr. à M. J. Grasset, professeur à la Faculté de Montpellier, et M. G. Rauzier. professeur agrégé à la même Faculté. Mention honorable avec 600 fr. à M. Gaston Lyon, de Paris, et à M. A.-B. Marfan, de Paris.

Nous indiquerons dans le prochain numéro les questions posées pour les prix de 1898 et de 1899.

Cullerre. — *De l'incontinence d'urine dans ses rapports avec l'hystérie infantile.* — Brochure in-8° de 8 pages. — Toulouse, 1897. — Librairie, Edouard Privat.

Garnier (S.). — *Compte moral et administratif et rapport médical*, présentés pour l'année 1896, relatifs à l'asile départemental d'aliénés de Saint-Ylie (Jura). — Brochure in-8° de 70 pages. — Lons-le-Saulnier. 1897. — Imprimerie L. Declume.

Garnier (S.). *Rapport médical et compte moral et administratif*, présentés pour l'année 1895, relatifs à l'asile départemental d'aliénés de Saint-Ylie (Jura). — Brochure in-8° de 78 pages. — Lons-le-Saunier, 1896. — Imprimerie L. Declume.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 298.

Vol. V. Mars 1898. N° 27

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

LES TROUBLES TROPHIQUES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE[1]

(ÉTUDE CLINIQUE ET STATISTIQUE)

Par M. P. COLOLIAN,
Interne de l'Asile clinique (Sainte-Anne).

(*Suite et fin.*)

II. Troubles trophiques chroniques. — A côté des troubles trophiques aigus de la peau et des annexes dans la paralysie générale, il existe d'autres troubles, à évolution lente, progressive et stable, des troubles chroniques, des trophonévroses (Lenoir) chroniques, tels que l'ichthyose, l'alopécie, les troubles des ongles, toutes des affections consécutives à « une modification du système nerveux central, ganglionnaire ou périphérique[2] ».

Ichthyose. — « Il existe, dit Brocq[3], chez certains individus atteints de maladies du système nerveux central ou périphérique, un état ichthyosique particulier de la peau, et qui se caractérise par l'amincissement, la sécheresse et la desquamation de la peau. »

C'est par la sécheresse du revêtement cutané que l'ichthyose débute chez les paralytiques : la peau devient rugueuse, elle

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 25.

[2] Lenoir. — *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, t. Ier, n° 6, 1890, p. 321, article *Dermatoneuroses*.

[3] *Loc. cit.*, p. 821.

se parchemine. Plus tard, elle se desquame en fines lamelles, généralement blanchâtres, brillantes, argentées, et quelquefois brunâtres. Ces lamelles adhèrent très superficiellement par un de leurs bords ou par leur face. L'ichthyose, chez les paralytiques généraux, ne s'étend pas à tout le corps. Elle se localise surtout aux jambes, aux pieds, parfois aux mains. Les régions ichthyosiques sont complètement dépourvues de poils.

Observation XVII. — *Ichthyose des jambes. Coloration des ongles. Œdème des mains.*

B... Humbert, âgé de trente-sept ans, est entré à Villejuif, le 18 août 1896.

M. le Dr Pactet a porté le diagnostic suivant : « Paralysie générale. Affaiblissement des facultés mentales. Embarras de la parole. Légère inégalité pupillaire. » M. le Dr Vallon a également diagnostiqué la paralysie générale avec « affaiblissement intellectuel et physique très prononcé ».

B... Humbert est grand, gros, apathique. Il n'a nulle lueur de conscience de sa situation. Les deux mains sont *œdématiées*, violacées ; la peau est lisse, tendue. Les parties infiltrées ne sont pas dépressibles : elles donnent au contraire une résistance élastique au toucher et à la palpation. On n'y détermine pas de godet à la pression. Les mains sont froides. La sensibilité cutanée y est complètement abolie, tandis qu'elle est conservée sur les autres parties du corps.

La *peau* des jambes est rude au toucher, sèche, légèrement parcheminée et couverte d'une mince couche de fines lamelles épidermiques argentées. Les *ongles* des orteils sont bruns, plus minces qu'à l'état normal.

Les *dents* sont usées, surtout les incisives de la mâchoire inférieure (abrasion 1er degré).

Observation XVIII. — *Alopécie légère. Ichthyose des jambes.*

G... Jean, cinquante et un ans, employé de chemin de fer, est entré à Villejuif le 15 décembre 1896, avec le certificat suivant : « Est atteint de paralysie générale avec idées de satisfaction; conscience incomplète de sa situation. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. » (Magnan.)

Syphilis ?

Marié ; il n'a jamais eu d'enfant. Trois mois avant l'entrée à Villejuif, la famille s'aperçut que la mémoire du malade diminuait beaucoup. Le délire commença les premiers jours de décembre.

G... Jean est grand, gros, bien musclé. Il est à la deuxième période de la paralysie générale. La sensibilité cutanée est abolie

sur tout le corps. Légère alopécie. Sur la peau des pieds, on trouve une desquamation assez accentuée, ichthyosique, sous forme de lamelles jaunâtres. La peau est sèche. Les dents sont usées.

OBSERVATION XIX. — *Ichthyose des jambes. Déformation des ongles.*

J... Gabriel, trente-deux ans, cocher de place, est entré à Villejuif le 5 juillet 1896.

M. le Dr Vallon signe le certificat suivant : « Est atteint de paralysie générale. Affaiblissement intellectuel. Confusion dans les dées. Inconscience de sa situation. Embarras de la parole. Inégalité pupillaire. »

Pas de renseignements sur ses antécédents héréditaires ou personnels. Nous savons seulement qu'un oncle paternel a été paralysé pendant douze ans; un oncle maternel a eu des enfants qui sont morts tous d'accidents cérébraux. J... Gabriel est à la seconde période de la paralysie générale. Il est petit, gros, rouge. Souriant et béat. Anesthésie cutanée.

La peau des jambes, jusqu'à la partie moyenne des cuisses, est rugueuse, rude au toucher. Elle est atteinte d'ichthyose, caractérisée par une desquamation épidermique à lamelles blanches, argentées. Par places, ces lamelles semblent épaisses; mais en réalité ce n'est que la réunion de fines lamelles formant de petites plaques. Ces régions ichthyosiques sont dépourvues de poils. Les ongles des orteils sont bruns, présentant des sillons plus ou moins profonds, transversaux et longitudinaux. Celui du pied droit est particulièrement épaissi, brun-noir et cassant. Le malade n'a pas eu de contusion.

Les dents sont usées, surtout les incisives inférieures.

OBSERVATION XX. — *Ichthyose légère. Alopécie.*

J... Alphonse, trente-huit ans, comptable, est entré à Villejuif le 4 avril 1894, avec le certificat suivant de M. Magnan : « Est atteint de paralysie générale avec idées incohérentes de satisfaction. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. »

La maladie remonte à janvier 1894. On a remarqué dans l'entourage du malade une certaine diminution de la mémoire et l'hésitation de la parole. En février, un ictus congestif s'est déclaré et consécutivement de l'aphasie et de l'hémiplégie droite qui ont disparu au bout de plusieurs mois. Syphilis ?

J... Alphonse est grand, blond, d'un faciès indifférent et apathique. Il a un affaiblissement prononcé des facultés psychiques. Faiblesse musculaire du côté droit, pas de paralysie. Inégalité pupillaire. *Anesthésie* cutanée généralisée.

Alopécie en clairière sur les tempes. La peau des mains et des

doigts est lisse, brillante; les poils du dos des mains ont complètement disparu. Les ongles des doigts ont une coloration rouge-brun. Sur la peau des pieds et des jambes existe une *ichthyose*, forme légère, à lamelles fines, brillantes.

Troubles trophiques des ongles. — Les troubles des ongles dans la paralysie générale ont été signalés par M. E. Régis[1]. Les ongles sont atteints très fréquemment dans la paralysie générale. Nous avons observé 17 cas de troubles trophiques des ongles sur nos 57 malades. Ces troubles peuvent aller de la simple coloration brune ou jaune jusqu'à l'atrophie, la dystrophie et la chute.

Dans la majorité des cas, l'ongle jaunit, brunit. Il présente sur sa face supérieure des sillons transversaux ou longitudinaux; il est plissé. En d'autres cas, il s'épaissit, prend l'aspect écailleux, feuilleté d'une coquille d'huître, et se desquame.

Dans la forme la plus grave, après s'être déformé et décoloré, l'ongle se détache lentement, finit par ne plus adhérer aux parties molles que par sa racine, et tombe sous l'influence d'un traumatisme insignifiant. On trouve quelquefois un peu de pus sous l'ongle. La chute de l'ongle n'est pas douloureuse. A la place de l'ongle tombé, il en pousse un autre mais avorté, en général, plus petit et plus mince que le premier.

Nous rapportons ici dix observations de troubles des ongles chez les paralytiques généraux. Les sept autres cas sont signalés au cours des observations (obs. XI, XVII, XIX, LX, LXV, LXVI, LXVII).

Observation XXI. — *Ongles déformés et colorés. Erythème et acné sur la région fessière. Dents expulsées, abrasion des dents.*

Mme B... Marie, âgée de trente-deux ans, journalière, « est atteinte de paralysie générale avec apathie, indifférence ; conscience très incomplète de sa situation. Hésitation de la parole, inégalité pupillaire ». (Magnan.) Elle est entrée à Villejuif le 4 mai 1896. L'affaiblissement des facultés mentales est très prononcé; l'embarras de la parole accentué ; les pupilles paresseuses et inégales. La malade gâte.

[1] E. Régis. — *Un cas de dystrophie et de chute spontanée des ongles dans la paralysie générale progressive* (*Gaz. médicale de Paris*. 1884, p. 124).

Sur tout le dos et la région fessière existe une rougeur érythémateuse où se développent depuis trois mois des *acnés* composés de papules et de papulo-pustules. Ils s'affaissent et disparaissent après quelque temps, mais d'autres se développent sans cesse malgré les soins hygiéniques et les lotions antiseptiques.

Les ongles des pieds sont déformés et présentent des sillons transversaux et longitudinaux ; ils sont feuilletés et de coloration rouge-brun. — Il ne lui reste plus que quelques dents sur les deux mâchoires. Les autres sont expulsées depuis un an ; il n'y a pas eu de douleur. Celles qui restent sont atteintes d'abrasion très prononcée.

OBSERVATION XXII. — *Ongles déformés et colorés. Abrasion des dents.*

Mme M... Alice, trente et un ans, fleuriste, est entrée à Villejuif le 19 décembre 1896. Le certificat de M. Magnan est ainsi conçu : « Est atteinte de paralysie générale avec apathie, indifférence; conscience incomplète de sa situation; hésitation de la parole. »

C'est une femme de taille moyenne. Ses facultés intellectuelles se sont affaiblies depuis le mois de juillet 1896. Sa mémoire avait des lacunes ; elle ne faisait plus son travail aussi bien. A eu la syphilis en 1890.

Actuellement, l'embarras de la parole est très net ; les pupilles sont inégales. Mémoire nulle ; quelques idées de satisfaction : elle est belle, a une voix superbe.

Les *ongles* des pieds sont colorés en jaune foncé ; ils sont stratifiés. Le gros orteil droit adhère à peine et est prêt à se détacher ; il n'y a pas de pus au-dessous. La malade n'a reçu aucun traumatisme. Le gros orteil gauche est presque noir, d'aspect écailleux. Abrasion des dents, deuxième degré.

OBSERVATION XXIII. — *Ongles déformés, colorés. Abrasion des dents.*

B... Joseph, trente-huit ans, fabricant de robinets, entré à Villejuif le 3 janvier 1895, avec ce certificat de M. Magnan : « Est atteint de paralysie générale, avec idées ambitieuses. Propos incohérents. Hésitation de la parole. Entorse du pied gauche. »

Le malade B... Joseph est en rémission; il n'a plus ni idées ambitieuses, ni idées de richesse et paraît s'intéresser à sa situation. La mémoire est satisfaisante. L'hésitation de la parole existe toujours et les pupilles sont inégales.

Les *ongles* des mains sont déformés, feuilletés et colorés en brun avec dépressions longitudinales. Les *dents* sont usées, surtout les incisives inférieures. Elles sont usées dans la hauteur, et l'on voit la pulpe, jaune, entourée d'un tissu blanc grisâtre.

Observation XXIV. — *Déformation et coloration des ongles. Abrasion des dents.*

C... Jacques, quarante-deux ans, baleinier, est entré à Villejuif le 21 octobre 1896, avec le certificat suivant de M. Magnan : « Est atteint de paralysie générale avec accidents alcooliques. Excitation passagère. Hallucinations multiples et pénibles. Hésitation de la parole. Tremblement des mains. »

C'est un homme bien musclé, d'une physionomie apathique. La parole est hésitante, la mémoire très affaiblie ainsi que toutes les facultés intellectuelles. Les hallucinations signalées par M. Magnan n'ont pas persisté. Actuellement, le malade a quelques idées contradictoires de satisfaction et de richesse. Les pupilles sont inégales. *Anesthésie* cutanée généralisée. Les *ongles* des orteils sont déformés, et ont une coloration brunâtre. Ils sont d'aspect écailleux, avec dépressions transversales. Légère abrasion des dents.

Observation XXV. — *Ongles déformés et colorés. Dents usées*

Th... Louis, trente-sept ans, employé, est entré à Villejuif le 14 janvier 1897.

Certificat de M. Magnan : « Est atteint de paralysie générale avec idées de satisfaction. Propos incohérents. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. »

Inconscient de son état, il sourit à l'idée de sa fortune imaginaire et de ses titres. La mémoire est nulle. Tout sentiment affectif est complètement aboli. Anesthésie cutanée partielle, aux épaules et aux avant-bras. Retard de la sensibilité à la piqûre sur les autres parties du corps.

Les *ongles* des orteils présentent des dépressions et des renflements; ils sont feuilletés, colorés en brun-rouge. Les *dents* sont usées dans leur hauteur.

Observation XXVI. — *Ongles déformés, colorés. Alopécie. Abrasion des dents.*

H... Alexandre, vingt-neuf ans, employé, est entré à Villejuif le 23 décembre 1896 avec le certificat suivant de M. Magnan : « Est atteint de paralysie générale avec apathie. Indifférence. Conscience très incomplète de sa situation. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. »

C'est un homme petit, satisfait, content de vivre, parlant de ses millions d'une voix hésitante et embarrassée. Sa mémoire est très pauvre. La pupille droite est plus large que la gauche. *Alopécie* généralisée sur tout le cuir chevelu, qui se trouve dénudé ; la peau y est lisse, brillante. L'anesthésie cutanée est complète.

Les *ongles* des orteils sont atrophiés, tout petits, très minces et d'une couleur foncée; ils sont sillonnés de dépressions profondes, transversales. Leur nutrition est fort ralentie depuis plusieurs mois ; ils ne poussent plus depuis un mois. Abrasion des dents au premier degré.

OBSERVATION XXVII. — *Déformation des ongles. Expulsion des dents et abrasion.*

F... Pierre, trente-sept ans, peintre, est entré à Villejuif le 6 novembre 1896, avec le certificat suivant : « Est atteint de paralysie générale, avec préoccupations hypocondriaques et quelques idées de satisfaction. Hésitation de la parole. » (Magnan.) C'est un ancien alcoolique. Il avait des cauchemars, des pituites et une dyspepsie tenace. A eu la syphilis à vingt-cinq ans.

Les troubles trophiques qu'il présente sont insignifiants : coloration rouge-brun des *ongles* des orteils et des doigts ; les ongles sont altérés dans leur forme et présentent des sillons plus ou moins profonds, transversaux sur les uns, longitudinaux sur les autres. *Anesthésie* généralisée.

Depuis deux ans, le malade perd ses dents sans souffrir ; celles qui lui restent sont usées, la pulpe est à nu sur les incisives inférieures.

OBSERVATION XXVIII. — *Atrophie et déformation des ongles. Alopécie. Œdème des mains. Abrasion des dents.*

F... Alexandre, cinquante ans, porteur aux Halles, est entré à Villejuif le 2 octobre 1895.

Certificat de M. Vallon : « Est atteint d'affaiblissement des facultés mentales. Idées de satisfaction. Inconscience de sa situation. Lenteur et hésitation de la parole. Paralysie générale probable. »

Le diagnostic a été affirmé plus tard, et le malade présente maintenant tous les signes psychiques et somatiques de la paralysie générale : idées puériles de richesse et de satisfaction, affaiblissement des sentiments moraux et intellectuels, perte de la mémoire ; inconscience de la situation. Embarras très caractéristique de la parole ; tremblement fibrillaire des lèvres et de la langue. Inégalité et paresse des pupilles. *Alopécie* légère depuis le commencement de 1896, disséminée sur tout le cuir chevelu, mais particulièrement aux tempes. *Anesthésie* cutanée sur tout le corps, excepté à la région fessière. *Œdème* des mains depuis plusieurs mois. Les mains sont froides, cyanosées.

Les *ongles* des orteils sont petits, plus minces qu'à l'état normal. Ils s'effritent en minces lamelles. Les ongles des orteils et celui du

deuxième doigt du pied droit ont complètement disparu. L'ongle du troisième orteil droit est détaché du derme sous-unguéal. Abrasion des dents assez accentuée, deuxième degré.

Observation XXIX. — *Atrophie et chute des ongles. Alopécie. Ichthyose.*

V... Jean, quarante-neuf ans, cocher d'omnibus, est entré à Villejuif le 14 octobre 1896.

Certificat immédiat : « Est atteint de paralysie générale. Affaiblissement intellectuel et physique. Idées de satisfaction. Emotivité. Hésitation de la parole. Pupilles très resserrées, la droite plus que la gauche. » (Dr Ch. Vallon.)

V... Jean est grand, maigre, apathique et inconscient de sa situation. Il est content de vivre, et souriant, cause de ses châteaux et de ses palais. La parole est hésitante et embarrassée. Les lèvres tremblent quand il parle. Les pupilles sont inégales. Notre malade a eu à l'âge de quatre ans une coxalgie gauche. Il a depuis cette époque une atrophie de la jambe gauche et claudication. *Anesthésie* cutanée généralisée. *Alopécie* légère, disséminée, en clairière sur les temps.

Les *ongles* ont subi presque tous des altérations de forme, de coloration et de texture. Ces troubles remontent aux premiers jours de septembre (1896). Au mois d'octobre, l'ongle de l'index gauche s'est spontanément détaché, sans traumatisme; depuis, un ongle atrophié, plus petit et plus mince, d'un demi-centimètre a repoussé. Les autres ongles de la main gauche ont des sillons transversaux et une stratification comme une écaille d'huître. A la main droite, l'ongle du pouce est en train de se détacher, il n'adhère plus qu'à la racine ; sous l'ongle il y a un peu de pus. Celui du petit doigt est déplacé d'un demi-centimètre, on voit derrière lui un nouvel ongle qui repousse, atrophié, déformé.

Les ongles des orteils ont également subi des déformations. Ils ont l'aspect de petites coquilles d'huîtres, sont atrophiés et de coloration brune. La peau des jambes est recouverte de fines lamelles argentées; elle est sèche et rugueuse au-dessus des genoux. (Ichthyose.)

Observation XXX. — *Déformation des ongles. Œdème des mains. Alopécie légère.*

M... Aristide, trente-huit ans, commis des postes et télégraphes, est entré à Villejuif le 17 juillet 1896.

Certificat délivré par M. le Dr Ch. Vallon : « Est atteint de dépression mélancolique avec idées confuses de persécution. Tur-

bulence nocturne. Pupille droite un peu plus large. Craintes de paralysie générale. »

Ces craintes ont été confirmées plus tard : « Le malade, M... Aristide, est atteint de paralysie générale, » dit M. Vallon dans son certificat du 5 novembre 1896. Il présente tous les signes psychiques et physiques de la paralysie générale, tels que affaiblissement considérable des facultés psychiques, morales; apathie, indifférence. La mémoire est nulle, il y a de l'embarras de la parole et inégalité pupillaire. Le malade conserve toujours quelque préoccupation mélancolique avec idées de persécution. *Œdème* des deux mains, qui sont violacées, froides. Pouls normal. Rien au cœur. Pas d'albumine dans les urines. Hémianesthésie cutanée droite. Retard de la transmission sensitive du côté gauche.

Les *ongles* des orteils sont très altérés dans leur forme. Les ongles du gros orteil, du 3e orteil et du petit orteil du pied droit, sont près de se détacher et n'adhèrent qu'à la racine. Nous avons fait sortir un peu de pus en pressant sur ces ongles. Du côté gauche, les ongles presentent une stratification pulvérulente. Les ongles des doigts sont également déformés et colorés en jaune brun. Légère *alopécie* disséminée.

L'ALOPÉCIE. — L'alopécie est très fréquente dans la paralysie générale. Nous l'avons observée 26 fois sur 57 cas. Il est difficile de préciser son début, ne pouvant obtenir aucun renseignement à cet égard, ni des familles des malades, ni des malades eux-mêmes. Il nous semble pourtant que l'alopécie commence un peu avant les signes caractéristiques de la paralysie générale.

La paralysie déclarée, l'alopécie paraît marcher à grands pas ; elle atteint l'apogée au commencement de la troisième période, dans la période de démence paralytique, puis le processus s'arrête.

Le caractère de l'alopécie dans la paralysie générale est d'être *disséminée* sur tout le cuir chevelu ; parfois elle se localise aux tempes et au sommet de la tête, mais dans la majorité des cas elle est *disséminée en clairière.* Nous n'avons pas trouvé de lésion cutanée prémonitoire appréciable à l'œil nu. Pas de séborrhée.

Les cheveux sont secs, ternes, quelquefois décolorés ; ils passent du noir au jaune verdâtre. Nous avons observé tous les degrés, depuis le simple éclaircissement des tempes jusqu'à l'alopécie la plus accentuée. Le cuir chevelu devient alors une peau brillante, unie, lisse (calvitie). Dans quelques

cas l'alopécie est symétrique, commence par les tempes, surtout chez les femmes. Elle débute aussi par le vertex sous forme de tonsure.

OBSERVATION XXXI. — *Alopécie et ichthyose.*

Mme D... Cécile, cinquante-six ans, blanchisseuse, est entrée à Villejuif le 16 décembre 1892, avec le certificat suivant : « Est atteinte de paralysie générale avec idées mélancoliques, hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. Gâtisme par moments. » (M. Briand.) Elle a eu très probablement la syphilis donnée par son mari. Pas de fausse couche. Cinq mois avant son entrée D... Cécile perdait la mémoire, et la parole devenait un peu hésitante.

La malade est petite, maigre, apathique et indifférente. Elle est inconsciente de son état, et n'a que quelques idées vagues de satisfaction et de richesse. La parole est embarrassée, la mémoire nulle, les pupilles inégales et paresseuses.

Alopécie depuis le commencement de 1892, généralisée mais surtout au sommet et à la région frontale. Les cheveux s'arrachent sans aucune résistance; ils sont secs, leur bulbe est atrophié. Sur le cuir chevelu dénudé, on trouve quelques pigmentations brunes. La peau des jambes est rugueuse, parcheminée; elle se desquame en fines lamelles blanchâtres (ichthyose).

OBSERVATION XXXII. — *Alopécie. Ichthyose.*

Mme Ch... Louise, trente-neuf ans, sans profession, est entrée à Villejuif le 27 septembre 1895.

M. le Dr Dagonet a signé le certificat suivant : « Est atteinte de paralysie générale. Affaiblissement des facultés, actes inconscients; idées de persécution, propos sans suite, embarras de la parole. »

Petite, maigre, turbulente; elle demande sa sortie, étant assez riche pour se faire soigner chez elle; elle se dit millionnaire. L'embarras de la parole est caractéristique. Tremblement fibrillaire des lèvres et de la langue. Mémoire très mauvaise. Les pupilles sont inégales et n'agissent pas à la lumière.

L'*alopécie* est survenue en peu de temps (mai 1896). Elle est disséminée, les cheveux sont secs, ternes. Légère desquamation en lamelles épidermiques fines (*ichthyose*) sur les avant-bras et les mains.

OBSERVATION XXXIII. — *Alopécie.*

Mme M... Lina, quarante-six ans, cuisinière, est entrée à Villejuif le 3 juin 1896.

Certificat de M. Magnan : « Est atteinte d'alcoolisme chronique avec hallucinations multiples; excitation; insomnie. Pupilles res-

serrées et inégales. Quelques accrocs de la parole. Tendance à la paralysie générale ». Le certificat de quinzaine est plus concluant : « Est atteinte de paralysie générale d'origine alcoolique avec idées vagues de persécution. Agitation. Propos ambitieux et incohérents. Hésitation de la parole. » Signé, M. Briand.

C'est une femme de taille moyenne, maigre, grisonnante, apathique. Les pupilles sont inégales et paresseuses. La parole hésitante. La mémoire très mauvaise. La malade a quelques idées puériles de richesse et d'ambition : elle est très riche, ne sait pas à combien se monte sa fortune, elle est marquise. *Alopécie* légère disséminée sur tout le cuir chevelu depuis l'été de 1896.

OBSERVATION XXXIV. — *Alopécie.*

Mme B... Marie, trente-trois ans, journalière, est entrée à Villejuif le 28 juin 1894, avec le certificat suivant de M. Magnan : « Est atteinte de paralysie générale avec apathie, indifférence et conscience très incomplète de sa situation. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. »

C'est une femme de moyenne taille, d'une physionomie souriante et satisfaite : elle a une santé excellente, de belles robes, de beaux yeux (strabisme gauche). L'hésitation de la parole est très nette. Les pupilles sont inégales et n'agissent pas à la lumière. La mémoire est mauvaise. Elle gâte par moments.

Alopécie généralisée, mais surtout accentuée aux tempes; cette alopécie remonte au commencement de 1894. *Anesthésie* cutanée complète.

OBSERVATION XXXV. — *Alopécie.*

Mme R... Berthe, quarante-trois ans, couturière, est entrée à Villejuif le 13 juillet 1896 avec le certificat suivant : « Est atteinte de paralysie générale, affaiblissement des facultés; embarras de la parole, idées de satisfaction. » (Dr Dagonet.)

C'est une femme petite, maigre, apathique et indifférente, qui conserve quelques idées confuses de persécution : un homme, dont elle a fait la connaissance, s'est introduit chez elle pour la voler ; et aussi quelques idées de richesse sans cohérence. Hésitation de la parole, inégalité pupillaire. La mémoire est mauvaise. L'*anesthésie* cutanée est complète sur les deux bras, elle n'existe pas dans la région dorsale.

L'*alopécie* qui a dû commencer en mai 1896, d'après nos renseignements, est très accentuée surtout aux tempes.

OBSERVATION XXXVI. — *Alopécie.*

Mme R... Marie, trente et un ans, est entrée à Villejuif le 9 décembre 1896, avec le certificat suivant de M. Magnan : « Est atteinte

de paralysie générale avec idées de satisfaction; propos incohérents. Hésitation de la parole ; inégalité pupillaire. »

C'est une femme petite, grosse, souriante et satisfaite ; elle est riche, belle, a une voix superbe. La parole est hésitante ; la mémoire mauvaise. Les pupilles sont inégales. Depuis plusieurs mois les cheveux tombent; ils sont secs, ternes, s'arrachent dès qu'on les touche ; leur bulbe est atrophié. L'*alopécie* est généralisée, disséminée sur le cuir chevelu; elle est en pleine évolution. Anesthésie cutanée généralisée.

Observation XXXVII. — *Alopécie.*

Mme G... Émilie, cinquante ans, domestique, est entrée à Villejuif le 7 septembre 1896 avec le certificat suivant de M. Dagonet : « Est atteinte de paralysie générale; affaiblissement des facultés; actes inconscients ; myosis; embarras de la parole; arrêtée pour vol. »

C'est une femme grande et grosse, absolument inconsciente de sa situation, avec diminution notable de la mémoire. Embarras très prononcé de la parole. Les pupilles sont contractées et inégales. Elle commence à gâter depuis le mois de décembre (1896).

Forte *alopécie* disséminée sur tout le cuir chevelu, mais principalement sur le sommet de la tête. Le début de l'alopécie remonte au mois d'août (1896).

Observation XXXVIII. — *Alopécie. Abrasion des dents.*

R... François, quarante-cinq ans, voyageur de commerce, est entré à Villejuif le 23 mai 1894.

Certificat immédiat : « Est atteint de paralysie générale, idées mélancoliques. Préoccupations hypocondriaques. Inconscience de sa situation. Hésitation de la parole. Très légère inégalité pupillaire. » (Dr Ch. Vallon.)

C'est un homme grand et maigre, apathique ; il n'a aucune idée de richesse ou de satisfaction. L'embarras de la parole et l'inégalité pupillaire sont accentués. La perte de la mémoire est absolue. Le malade est couché depuis plusieurs mois, il n'a pas d'escharres.

L'*alopécie* est vieille, elle paraît antérieure à la paralysie générale. On s'est aperçu dans le service qu'il perdait ses cheveux, mais la tête n'était pas encore aussi dénudée qu'actuellement. Abrasion légère des dents.

Observation XXXIX. — *Alopécie. Abrasion des dents.*

G... Antoine, quarante-cinq ans, garçon de bureau, est entré à Villejuif le 18 juin 1896.

Certificat immédiat de M. Vallon : « Est atteint de paralysie générale. Affaiblissement intellectuel et physique. Embarras de la parole. » — Le père s'est suicidé.

G... Antoine est petit, maigre. Il n'a pas conscience de sa situation. Les pupilles sont inégales. La mémoire nulle. L'embarras de la parole est très caractérisé. Grand gâteux. Couché depuis un mois, pas d'eschares. Anesthésie cutanée complète.

Alopécie disséminée sur tout le cuir chevelu, assez accentuée. Pas de renseignements sur le début. Abrasion dentaire au premier degré.

Observation XL. — *Alopécie. Durillon? Déformation des ongles. Abrasion dentaire.*

A... Emile, quarante ans, garçon de café, est entré à Villejuif le 13 août 1896, avec le certificat suivant de M. Magnan : « Est atteint de paralysie générale avec idées incohérentes de satisfaction. Hésitation de la parole. »

C'est un homme grand, blond, bien musclé. Les pupilles sont inégales et n'agissent pas à la lumière. L'embarras de la parole est assez net. Il a des idées de richesse : il est très riche, roi d'Espagne et d'Italie, tout ceci dit sur un ton monotone, sans conviction. La peau est complètement anesthésiée.

L'*alopécie* est accentuée, disséminée en clairière. Les cheveux sont secs, ternes. Leur bulbe est atrophié.

Au niveau des articulations métatarso-phalangiennes des deux gros orteils, sur la face plantaire, on observe deux durillons qui ne causent aucune douleur et ne déterminent pas de gêne pour la marche. Est-ce le début de maux perforants? nous l'ignorons. Ils existent depuis trois mois, paraît-il. Les pieds sont œdématiés.

Il n'y a pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

Les *ongles* des doigts sont bruns; ils présentent des sillons assez profonds, longitudinaux. Les dents sont légèrement usées.

Observation XLI. — *Alopécie. Abrasion des dents.*

B... Pierre, quarante-deux ans, cocher, est entré à Villejuif le 15 août 1896.

Le certificat de M. Magnan est ainsi conçu : « Est atteint de paralysie générale. Affaiblissement des facultés. Actes inconscients. Embarras de la parole, habitudes alcooliques. » La mère est morte après une paralysie de dix ans. Syphilis?

Depuis très longtemps B... Pierre boit un ou deux verres d'absinthe, et un ou deux litres de vin par jour. Le début de la maladie actuelle remonte au mois de juillet 1896. C'est un homme gros, congestionné, apathique et inconscient. Inégalité pupillaire.

Embarras de la parole très marqué. Idées de richesse. La *sensibilité cutanée* est abolie.

L'*alopécie* est très accentuée ; elle existait depuis longtemps, paraît-il, mais à un degré moindre. Elle est à l'apogée depuis le début de la paralysie générale. Presque tout le cuir chevelu est dépourvu de cheveux, le sommet de la tête est dénudé, la peau en est lisse et brillante. Les dents sont légèrement usées.

Observation XLII. — *Alopécie. Abrasion dentaire.*

C... Eugène, quarante-huit ans, menuisier, est entré à Villejuif le 12 janvier 1897.

Certificat de M. Magnan : « Est atteint de paralysie générale avec idées de satisfaction. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. »

C'est un homme de taille moyenne. Figure apathique et indifférente. Pas de délire : quelques idées vagues et contradictoires de satisfaction. La *sensibilité cutanée* est abolie sur tout le corps. Forte *alopécie* au sommet de la tête ; la peau y est devenue lisse, brillante ; aux tempes existe aussi une alopécie en clairière. Les cheveux sont secs, ternes, grisonnants. L'*abrasion des dents* est très prononcée ; les incisives inférieures sont à moitié détruites. Au milieu, comme en un tronc d'arbre coupé, on voit une couche jaune, la pulpe, entourée d'un tissu blanc grisâtre. (Troisième degré de l'abrasion dentaire.)

Observation XLIII. — *Alopécie. Abrasion dentaire. Œdème des mains.*

C... Ernest, trente-cinq ans, porteur de pain, est entré à Villejuif le 6 novembre 1896, avec ce certificat immédiat de M. Magnan : « Est atteint de paralysie générale avec idées de satisfaction. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. »

C'est un homme grand et maigre. Il nous parle, le sourire aux lèvres : il est riche, a des millions, va construire des maisons, etc. L'embarras de la parole est des plus accusés. La mémoire est très affaiblie.

Il a une forte *alopécie* depuis le commencement de la paralysie générale. Elle est disséminée sur tout le cuir chevelu. C'est une alopécie en clairière. Les deux mains sont œdématiées, froides. La peau en est anesthésiée. D'ailleurs l'*anesthésie* est complète sur le corps. Les dents sont à moitié détruites, leur pulpe est à nu (troisième degré de l'abrasion).

Observation XLIV. — *Alopécie. Abrasion des dents.*

F... Henri, trente-six ans, chapelier, est entré à Villejuif le 31 décembre 1896, avec le certificat suivant de M. Magnan : « Est

atteint de paralysie générale avec idées de satisfaction. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. »

Il a eu la fièvre typhoïde à vingt ans

C'est un homme petit, maigre, apathique et indifférent. Il a quelques idées vagues et enfantines de richesse et de satisfaction. La mémoire est nulle.

Syphilis? Etait sobre, buvait de l'eau rougie. *Anesthésie* cutanée généralisée.

Alopécie légère en clairière limitée aux tempes. Légère usure des dents.

OBSERVATION XLV. — *Alopécie. Déformation unguéale. Abrasion dentaire.*

B... Charles, trente-trois ans, est entré à Villejuif le 5 juin 1895.

Certificat immédiat de M. Magnan : « Est atteint de paralysie générale avec idées incohérentes de satisfaction. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. Brûlure à la cuisse droite. »

C'est un homme de taille moyenne, d'un faciès apathique. Il est riche, content de son sort, gai. La mémoire est très mauvaise. Nous ne savons pas s'il a eu la syphilis. La peau n'est pas anesthésiée, mais il y a retard considérable dans la transmission des sensations douloureuses cutanées.

Forte alopécie disséminée sur presque tout le cuir chevelu ; aucun renseignement sur son début. Les *ongles* des doigts présentent une stratification à couches friables, ils sont jaunes. Dents légèrement usées.

OBSERVATION XLVI. — *Alopécie. Déformation des ongles. Abrasion des dents.*

B... Louis, cinquante ans, employé d'octroi, est entré à Villejuif le 8 octobre 1895. M. Vallon rédige le rapport suivant : « Est atteint de paralysie générale. Affaiblissement intellectuel et physique très prononcé. Est gâteux. »

C'est un homme de taille moyenne, gros, bien musclé. Sa figure est injectée, rouge. Il est apathique et conserve quelques idées vagues de satisfaction. L'embarras de la parole est caractéristique ; tremblement fibrillaire des lèvres et de la langue. Les pupilles sont inégales. La mémoire est nulle. Les mains sont *œdématiées*, rouges vineuses, froides. Les *ongles* sont feuilletés, épaissis, altérés dans leur forme.

L'*alopécie* est accentuée, en clairière et disséminée sur tout le cuir chevelu. Dents légèrement usées.

CHAPITRE IV

Troubles trophiques du système locomoteur.

La peau et ses annexes ne présentent pas seules des troubles trophiques au cours de la paralysie générale : le système locomoteur est sujet aussi à des perturbations, les os, les articulations, les muscles sont atteints, mais, disons-le de suite, fort rarement.

Le tissu osseux. — Y a-t-il une altération des os chez les paralytiques généraux ? La question n'est pas résolue. Pour Foville[1] « le tissu osseux en général subit chez les paralytiques une sorte d'altération qui le rend plus friable ; la simple pression du doigt suffit souvent à briser les côtes sur le cadavre ».

La paralysie générale, « dans la plupart des cas, produit une raréfaction du tissu osseux, » dit M. Ch. Vallon[2], dans sa thèse inaugurale. C'est cette raréfaction qui doit prédisposer aux fractures signalées par quelques auteurs. Toutefois, l'existence des fractures spontanées dans la paralysie générale n'est pas admise d'une façon absolue par tous les aliénistes.

Le premier mémoire sur la question est dû à M. Biaute[3]. Il rapporte l'observation d'une fracture d'humérus chez un paralytique (?). L'autopsie fut faite : il y avait dénudation du tissu osseux. Cependant l'autopsie fut incomplète : ni le cerveau ni les méninges ne furent examinés. Un point d'interrogation se pose donc sur le diagnostic.

La même année, 1876, Verneuil[4] communiquait à la Société de chirurgie l'observation d'un paralytique général chez lequel une gibbosité s'était formée en l'espace de quinze jours au niveau de la huitième vertèbre dorsale. Il ne s'agissait pas d'un mal de Pott, le malade étant d'une constitution vigoureuse ; ce devait être probablement, concluait Verneuil,

[1] Foville. — *Annales médico-psych.*, nov. 1880, p. 444.

[2] Vallon. — Thèse de Paris, 1882, p. 101.

[3] Biaute. — *Annales médico-psych.*, nov. 1876.

[4] Verneuil. — *Soc. de chirurgie*, séance du 11 oct. 1876 et *Gaz. hebdom.*, 1876.

une sorte de fracture pathologique consécutive à la dénudation du tissu osseux. M. Régis[1], deux ans plus tard (1878), revient sur la question dans un travail présenté pour le prix Esquirol, mais il n'insiste pas suffisamment. Dans sa thèse d'agrégation, M. Arnozan[2] parle des fractures qu'on observe chez les aliénés, en particulier chez les paralytiques généraux, qui « semblent sujets aux fractures en dehors de toute cause capable de briser un os chez un individu. » Pourtant un aliéniste compétent, M. Christian[3], après avoir passé en revue et critiqué les cas publiés avant 1885, ne croit pas à « l'ostéité raréfiante, ni, par conséquent, à la tendance exagérée aux fractures chez les paralytiques généraux ». Dans une période de six ans et demi, sur 250 cas, il n'a pas observé une *seule* fracture. M. Simon ne croit pas non plus aux fractures spontanées des paralytiques généraux : « La plupart des auteurs les mentionnent, mais sans apporter aucune preuve à l'appui de leur dire... »

Une observation de M. Frœlich[4], que nous résumons ici, conclut à l'existence des fractures chez les paralytiques généraux. Il s'agit d'un homme de 43 ans, ancien alcoolique, depuis six mois atteint de paralysie générale. Une première fracture des deux os de l'avant-bras gauche se produit au moment où il soulevait une pelletée de terre : la douleur fut très légère. Cinq semaines plus tard, seconde fracture des deux os de l'avant-bras droit, au tiers inférieur, également sans douleur.

Tel est l'état de la question. Nous n'avons pas nous-même d'observation à citer, et nous n'en avons jamais eu de cas. D'ailleurs, des cliniciens distingués, qui ont vu assez de paralytiques pour être juges compétents, avouent n'avoir jamais observé de fractures chez les paralytiques, sans traumatisme violent.

Les *articulations* sont également atteintes, mais les obser-

[1] Régis. — *De la dynamie ou exaltation fonctionnelle au début de la paral. génér.*, 1878.

[2] Arnozan. — *Des lésions trophiques consécutives aux maladies du syst. nerveux.*(Th. d'agrégation, 1888.)

[3] Christian. — *Sur la prétendue fragilité des os chez les paralytiques généraux.* (*Annales médico-psych.*, 1885, t. II, p. 412.)

[4] Frœlich. — *Fracture spontanée chez un paralytique général.* (*Rev. de méd. de l'Est*, 1890.)

vations sont rares et les travaux peu nombreux. Shaw[1] a noté des arthropathies analogues à celles des tabétiques.

L'amyotrophie. — L'attention des auteurs n'a été attirée sur l'amyotrophie des paralytiques généraux qu'en 1872. En France, MM. Voisin et Hanot [2] publièrent deux observations d'amyotrophie chez des paralytiques généraux.

A l'étranger, Jolly[3] donna un mémoire sur la question.

En 1874, M. Liouville[4] publiait un autre travail et rapportait le résultat de l'autopsie de deux paralytiques généraux, suivie d'examen microscopique. Il en conclut que les lésions portent aussi bien sur la substance grise de la moelle épinière que sur la blanche.

Nous trouvons dans la *Revue des Sciences médicales*, de M. Hayem, une analyse de M. Magnan[5] sur deux observations de Mac Dowald [6]. L'éminent maître disait déjà à cette époque : « En outre des foyers de myélite limitée à la substance grise, des lésions diffuses envahissent aussi les cordons de la moelle et plus particulièrement les cordons antérieurs. L'association de l'atrophie musculaire et de la paralysie générale trouve son explication dans la nature même de ces lésions. » L'existence de l'amyotrophie dans la paralysie générale ne supportait plus de doute. Depuis, les travaux se sont suivis : citons la thèse de Grellière[7], l'article de Ball[8], les travaux de Westphal, de Simon et de Claude.

Depuis 1892, on est revenu sur la question. M. le professeur Joffroy[9], entre autres, émet à plusieurs reprises l'opinion de la paralysie générale débutant par « les cellules motrices et sensitives de la moelle », aussi bien que par celles du cerveau.

[1] Shaw. — *Des arthropathies dans la paralysie générale.* (*Arch. of med. of New-York*, 1883.)

[2] Voisin et Hanot. — *Mémoire de la Société de biologie*, 1872.

[3] Jolly. — *Uber multiple Hirns-sklerose.* (*Arch. de psych.* Berlin. 1872.)

[4] Liouville. — *Progrès médical*, n° 24, octobre 1874.

[5] Magnan. — *Revue des sciences médicales*, t. Ier, 1875, p. 253.

[6] T.-W. Mac Dowald. — *Journal of mental science*, octobre 1872.

[7] Grellière. — *Etude sur l'atrophie musculaire dans la paral. génér.* (Th. de Paris, 1876.)

[8] Ball. — *Paralysie générale traumatique.* (*Encéphale.* 1888.)

[9] Joffroy. — *Contribution à l'anatomie pathologique de la paral. génér.* (*Congrès de Blois*, 1892, et *Arch. de méd. expérim.*, 1892.)

Deux ans plus tard, M. Joffroy[1], dans un article sur les formes spinales de la paralysie générale, pense que les éminences thénars sont envahies d'abord ; mais il a vu un cas où l'affection a commencé par une atrophie considérable de la cuisse.

Il importe de distinguer ces formes médullaires de l'amyotrophie d'avec les atrophies diffuses qui se montrent dans les dernières périodes de la maladie et qui sont dues aux névrites périphériques. Hoche[2] (de Hambourg) cite deux cas d'atrophie des muscles de la main avec inversion de la formule électrique. L'examen microscopique de l'un de ces deux cas montre une atrophie dégénérative des muscles, les cornes antérieures et les racines des nerfs étant saines.

Herting[3] mentionne trois cas de rupture non traumatique de la vessie chez des paralytiques généraux ; l'examen histologique a démontré une dégénérescence atrophique de la tunique musculaire de la vessie, à laquelle l'auteur attribue la rupture de l'organe.

M. Klippel[4], reprenant la question à propos des symptômes spéciaux de la paralysie générale, conclut que l'amyotrophie peut revêtir deux formes principales: la maladie d'Aran-Duchenne (atrophie musculaire progressive) ou celle de Charcot (sclérose latérale amyotrophique).

On constate dans la première forme l'amyotrophie des éminences thénar, hypothénar et des interosseux, avec réaction de dégénérescence : « mais elle n'est pas progressive et peut notamment se limiter à un seul côté ». C'est exactement le cas de la malade dont nous rapportons l'observation. Dans l'autre forme, l'atrophie est générale. Les réflexes sont exagérés, et les muscles atrophiés présentent de la rigidité. Nous rapportons ici l'observation d'une paralytique générale chez laquelle se déclara d'abord une éruption de pemphigus, et plus tard l'atrophie des muscles de la main gauche.

[1] Joffroy. — *Sur les formes spinales de la paralysie générale. (Journal de méd. et de chir. pratiques*, 1894, p. 280.)

[2] Hoche. — *De l'atrophie musculaire dans la paralysie générale.* (*Berlin. Klin. Woch*, 3 septembre 1894.)

[3] Herting. — *Arch. of Psychiatrie*, XXVII, 2, p. 541.

[4] Klippel. — *Paralysie générale, lésions et symptômes spéciaux.* (*Arch. de médecine expérimentale*, 1894.)

Observation LXVII. — *Eruption de phlyctènes. Déformation, atrophie et chute des ongles. Amyatrophie de la main gauche.*

Mme C... Anne, âgée de trente-trois ans, ménagère, est entrée à Villejuif le 4 mars 1895, avec le certificat suivant de M. Magnan : « Est atteinte de paralysie générale avec idées de satisfaction. Conscience très incomplète de ses actes. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. »

C'est une petite femme brune, sans antécédents syphilitiques ni alcooliques. Au mois d'août dernier (1896), des phlyctènes apparaissaient sur les membres inférieurs, sans cause apparente. Ces phlyctènes étaient disposées à peu près symétriquement sur les deux jambes, en assez grand nombre, les unes grosses comme des noisettes, les autres comme des pois. Les bulles étaient remplies d'un liquide séreux; elles se sont affaissées en laissant des taches pigmentaires qui n'ont pas disparu.

Deux semaines plus tard (septembre 1896), des bulles semblables couvraient les mains, deux ou trois sur la face dorsale de la main droite, dix sur la gauche, surtout autour des articulations. Sur les doigts, elles étaient volumineuses et plus nombreuses. Ces bulles étaient formées par le soulèvement circulaire de l'épiderme, et remplies d'un liquide clair. Nous avons fait des pansements secs. Ces bulles ont duré un mois. Au mois d'octobre, bulles et vésicules avaient disparu.

Cette éruption ne fut accompagnée d'aucun phénomène douloureux. A son déclin, les *ongles* du pouce et de l'index de la main gauche se détachèrent et tombèrent dans l'espace de quelques jours.

La malade était dans un état satisfaisant. Au mois de décembre, soit cinq mois après le début du pemphigus, nous constations que la main gauche s'atrophiait : les muscles de l'éminence thénar, hypothénar et le muscle court abducteur du pouce l'étaient déjà. Les métacarpiens paraissaient décharnés par suite de l'atrophie des interosseux et des lombricaux. L'abduction et l'adduction des doigts étaient impossibles, et la main gauche avait légèrement l'aspect de *griffe*. La peau de la main restait insensible à la piqûre; mais ce détail est sans importance, car le malade présentait une anesthésie cutanée de tout le corps.

La peau de la main gauche était rose, lisse. Les ongles du pouce et de l'index cessaient de pousser. Pas d'atrophie ni des muscles du bras et de l'épaule gauche, ni de la main droite. L'alopécie, qui existait depuis un an, s'est aggravée les six derniers mois.

Réflexion. — Cette malade est intéressante à plusieurs points de vue. L'éruption est absolument identique à celle

qu'observa M. Déjerine[1] sur une femme également paralytique ; les bulles de pemphigus étaient assez volumineuses, au nombre de dix environ ; elles étaient apparues sur les avant-bras d'abord, puis sur les jambes. Le second point important est l'amyotrophie, faisant suite à l'éruption du pemphigus.

C'est bien là une double preuve de névrite périphérique, le cas de cette paralytique chez qui la névrite se manifeste en premier lieu par une éruption trophique, et cinq mois après, par l'atrophie des petits muscles de la main, se localisant à une main. Mais que l'amyotrophie soit consécutive à l'atrophie des cellules motrices et sensitives des cornes antérieures de la moelle, ou bien à la névrite périphérique, elle n'en existe pas moins cependant dans la paralysie générale, et constitue un des principaux troubles trophiques de cette affection.

CHAPITRE V

Les troubles trophiques généraux. — Statistique.

1. — Outre les troubles trophiques locaux, on rencontre très souvent chez les paralytiques généraux des troubles de toute la nutrition, de tout l'organisme, une désassimilation progressive et souvent aiguë.

La *sécrétion salivaire* est parfois augmentée. Nous avons vu un malade cracher toute la journée : « Ma bouche, disait-il, est pleine de crachats, j'ai besoin de cracher. » Il n'était pas syphilitique, et il ne prenait aucun médicament. « La *sueur* peut être sécrétée plus abondamment. » (Magnan et Sérieux.) On a noté, dans *les urines*, une augmentation des phosphates et des sulfates, surtout dans la période cachexique. On a également signalé la polyurie, la glycosurie, l'albuminurie, la peptonurie. Mais ce sont principalement les fonctions digestives qui ont attiré l'attention des cliniciens.

Pendant longtemps, l'alimentation peut rester régulière. Quelquefois l'appétit est exagéré, le malade devient vorace, ses digestions sont faciles, il engraisse, sa face se colore, il

[1] — Déjerine. *Archives de physiologie*, 1876.

devient obèse. Mais ce faux embonpoint ne dure pas, l'amaigrissement est rapide sous l'influence des troubles trophiques généraux ; c'est la *fonte paralytique* (Foville), coïncidant avec une élimination exagérée des produits azotés par les urines (Durante). Nous avons noté déjà deux cas d'amaigrissement rapide parmi nos malades (obs. IX et XV), et nous rapportons ici un troisième cas.

Observation LXVIII. — *Amaigrissement considérable dans un mois.*

Mme M... Clara, cinquante-deux ans, journalière, est entrée à Villejuif le 38 décembre 1896 avec ce certificat de M. Magnan : « Est atteinte de paralysie générale avec apathie, indifférence : conscience très incomplète de sa situation. Hésitation de la parole, inégalité pupillaire. Habitudes alcooliques anciennes. »

Le début de la maladie remonte à la fin de 1895. A cette époque, on a remarqué que Mme M... Clara perdait la mémoire et parlait de fortune imaginaire. Elle pesait 81 kilogrammes quelque temps avant son entrée à Villejuif. L'appétit était bon, pas de diarrhée. En l'espace d'un mois, elle a maigri de 18 kilogrammes (au mois de décembre elle pesait 63 kilogrammes). De jour en jour, son poids diminue : le 14 janvier 1897, elle ne pèse plus que 60 kilogrammes.

La peau est anesthésiée sur tout le corps. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre ; nous n'avons pas recherché les phosphates et l'acide urique. L'examen des autres organes a été négatif, il n'y a pas de tuberculose et elle n'a pas de diarrhée.

I. La statistique. — Donnons maintenant la parole aux chiffres, ils sont plus probants que les dissertations. Répétons toutefois que les troubles trophiques que nous avons mentionnés ont été très soigneusement, très minutieusement recherchés ; nous ne les avons notés qu'après plusieurs examens.

Nos malades étaient au nombre de 57, dont 33 hommes et 24 femmes. *Neuf* d'entre eux n'ont présenté aucun trouble trophique durant nos examens. En présenteront-ils plus tard, au cours de leur affection ? peut-être. D'ailleurs nous les avons étudiés seulement à un moment donné de leur paralysie générale. Sans doute, pour donner la statistique des troubles trophiques d'une maladie, il faut la prendre au début et la suivre. Nous ne l'avons pu faire, mais il nous a paru que les chiffres obtenus par l'observation de nos 57 malades nous permettaient d'arriver à une conclusion.

Sur nos 57 paralytiques généraux, 48 ont présenté des troubles trophiques. Dans la majorité des cas, ils ont eu plusieurs troubles à la fois. Ainsi, simultanément le zona et l'eschare (obs. VIII), l'ichthyose et la déformation unguéale (obs. XIX), l'atrophie et déformation des ongles, l'alopécie, l'œdème, l'abrasion dentaire (obs. XXVIII), etc..., ont été observés chez les mêmes malades. En les dénombrant, nous arrivons au chiffre de 102 troubles trophiques qui ont affecté 48 paralytiques généraux.

L'alopécie a été comptée 26 fois sur 57 cas, mais ce chiffre nous paraît exagéré. Dans le nombre de nos malades, plusieurs étaient atteints d'alopécie plusieurs mois avant la paralysie générale. Nous les avons notés pour rester fidèle à la clinique.

En clinique, principalement en clinique de médecine mentale, les renseignements des malades et même des familles sont suspects. La perte des cheveux surtout passe aisément inaperçue. En écartant ces cas douteux, où l'alopécie semble être bien antérieure à la paralysie générale, il nous reste encore le chiffre respectable de 15 pour 57.

Les altérations dentaires, destruction (abrasion) ou expulsion, viennent ensuite en ligne. Les mêmes considérations nous obligent à en écarter les cas douteux.

Les altérations dentaires n'attirent pas plus l'attention des familles que la chute des poils. Nous signalons 19 cas constatés.

Les troubles des ongles, au contraire, sont visibles; les ongles changeant de couleur, de forme, s'atrophiant, tombant, etc. Notre chiffre est donc sûr, et d'autant plus affirmatif que nous avons suivi les transformations diverses avec un soin minutieux.

Nous avons observé fidèlement la marche de l'inflammation, la chute des ongles, puis la naissance d'autres ongles atrophiés. Nous avons eu 17 cas de troubles unguéaux.

L'ichthyose se passe de tout commentaire. Elle est, sans doute, un des troubles trophiques de la paralysie générale. Elle existe chez l'homme sain, il est vrai, mais d'origine congénitale et constitue alors une entité morbide.

Nous signalons aussi les eschares, si fréquentes jadis. Les soins antiseptiques et hygiéniques en ont diminué le nombre, car, nous l'avons dit déjà, la moindre négligence est préjudi-

ciable à l'épiderme si sensible du paralytique général. Il suffit parfois d'un prétexte, un frottement ou quelques jours de décubitus pour provoquer l'inflammation de la peau et l'eschare, la nutrition des nerfs périphériques étant entravée par les lésions centrales. Nous avons 8 observations d'eschares.

Résumons enfin notre statistique, en reportant les détails à une table.

Nous avons trouvé 5 fois des éruptions bulleuses pemphigoïdes ou avec vésicules, qui ont laissé des taches pigmentaires après leur disparition.

4 fois l'œdème des mains ou des pieds.

3 fois le zona ; dans un cas, il a précédé la paralysie générale. Trois de nos malades ont subi un amaigrissement considérable en l'espace de peu de temps.

Nous avons observé 2 fois le purpura ; 1 fois l'atrophie musculaire localisée à une main et précédée d'une éruption de pemphigus ; 1 fois de l'érythème et enfin 1 fois le mal perforant.

TABLE STATISTIQUE

DES TROUBLES TROPHIQUES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Alopécie	26 fois	sur 57 ;	45,61	p. 100.
Troubles des dents	19 —	—	33,33	—
Troubles des ongles	17 —	—	29,82	—
Ichthyose	11 —	—	19,30	—
Eschare	8 —	—	14,04	—
Bulles	5 —	—	8,77	—
Œdème	4 —	—	7,02	—
Zona	3 —	—	5,26	—
Amaigrissement	3 —	—	5,26	—
Purpura	2 —	—	3,51	—
Pigment / Hématurie / Mal perforant / Erythème / Amyotrophie	1 —	—	1,75	—

RECUEIL DE FAITS.

NOTE SUR LE CAS TÉRATOLOGIQUE COMPLEXE D'UN ALIÉNÉ

(GIGANTISME, FÉMINISME, CRYPTORCHIDIE);

PAR LES DOCTEURS

SAMUEL GARNIER, ET SANTENOISE,

Médecin en chef. Médecin adjoint de l'asile de Saint-Ylie.

J..., âgé de cinquante-six ans, cultivateur, marié, né à Am... (H...-S...) a été confié à nos soins en 1897.

Antécédents héréditaires. — Père et mère ayant toujours été bien portants, et morts entre cinquante et soixante ans. Ils ont eu cinq enfants : 1° un fils aîné bien portant, père de cinq enfants bien portants; 2° une fille bien portante ressemblant physiquement à sa mère et à son frère, le malade dont il s'agit; elle a eu des enfants bien portants, mais elle a une voix mâle; 3° le malade lui-même et son frère jumeau. On prétend dans le pays que ces deux jumeaux auraient été le résultat d'une conception frauduleuse. Quoi qu'il en soit, le frère jumeau de notre malade était bien constitué : il a fait son service militaire et est mort quelque temps après; quant au malade, il a été réformé, il ne ressemblait en aucune façon à son frère jumeau, mais à sa mère et à sa sœur; 4° un dernier fils bien portant, ayant lui aussi un enfant bien portant.

Antécédents personnels.—Pas de maladie générale antérieure grave. J... s'est marié après sa réforme. Au point de vue sexuel, il a toujours été frigide et ne couchant plus avec sa femme un an après son mariage. Celle-ci lui a cependant donné deux enfants : 1° une fille, actuellement mariée et mère de famille; 2° un fils, mort quelques jours après sa naissance. Hâtons-nous de dire que la paternité de J... est purement légale en vertu de l'adage : *Is pater est quem nuptiæ demonstrant.* Nous en avons pour preuve d'abord l'observation directe, sa prétendue fille ne lui ressemblant nullement. Nous avons obtenu, en outre des confidences qui nous ont appris que les

deux enfants de J... auraient pour père un étranger auprès duquel sa femme cherchait des satisfactions que son mari ne pouvait lui donner. Nous devons ajouter, à l'excuse de cette dernière, qu'elle ignorait, avant le mariage, la constitution anatomique de celui qu'elle épousait. J... a l'illusion de croire que sa fille est née de ses œuvres, mais il a toujours douté de la légitimité de son fils. Il eut d'ailleurs connaissance plus tard de l'infidélité de sa femme, mais ne voulut pas demander la séparation de corps avec elle, afin de jouir du bien de celle-ci; il administrait au surplus sa fortune avec assez d'intelligence.

Outre ses malheurs conjugaux, notre malade eut aussi des préoccupations d'intérêt; de l'argent qu'il avait prêté ne lui fut pas rendu. Enfin au mois de janvier 1896, il reçut un coup de corne de bœuf à l'œil gauche; la blessure mit très longtemps à guérir et fut suivie d'une cataracte traumatique avec ptosis de la paupière supérieure. Il fut très affecté de ce reliquat post-traumatique et tourmenté par la crainte de perdre complètement la vue. Toutes ces causes diverses réunies firent éclore la maladie mentale qui nécessita son internement à l'asile le 9 juin 1897.

Etat actuel. — Constitution primitivement bonne, le malade présente encore beaucoup d'embonpoint. Il est d'une taille au-dessus de la moyenne. Sa face, à développement exagéré, est entièrement glabre, son teint est jaunâtre. Voici quelques mensurations et constatations physiques sur cet individu :

Poids	90 kilogr.
Hauteur	1m,72
Envergure	1 ,65
Tour de la taille au niveau du mamelon	1 ,17
— au niveau de la ceinture	1 ,09
Longueur de la main	0 ,20
— du pouce	0 ,14
Circonférence de la main	0 ,21
Le médius et l'annulaire sont égaux.	
Demi-circonférence antéro-postérieure (de la racine du nez à la bosse occipitale)	0 ,31
Circonférence de la tête	0 ,59
Diamètre antéro-postérieur	0 ,19 1/2
Diamètre transversal	0 ,17 1/2

Ce qui frappe de suite quand on l'examine, comme le présentent les trois photographies ci-contre :

C'est son embonpoint qui va jusqu'à la polysarcie ; puis le développement exagéré des seins (gynécomastie) qui sont pendants et plus gros que ceux de bien des femmes de son âge. Les épaules sont relativement étroites et son bassin très élargi. Les cuisses ont une direction oblique en bas et en dedans comme chez la femme. Varices et cicatrices d'ulcères aux jambes.

Les bourses sont très réduites et ne contiennent pas trace de testicules; on a beau enfoncer le doigt aussi avant que possible dans le canal inguinal, déprimer la paroi abdominale à ce niveau, on ne perçoit absolument rien qui puisse faire soupçonner la pré-



Fig. 1.

sence d'un de ces organes. La verge est très petite, longue de 6 centimètres avec une circonférence à sa racine de 7 centimètres. Le gland est presque complètement recouvert et le prépuce ne peut être ramené en arrière (phimosis). L'orifice préputial mesure au maximum d'extension 1 centimètre de diamètre. Nous n'avons

pu savoir comment fonctionnent ces organnes génitaux, le malade étant trop troublé pour pouvoir répondre à cet égard.

Nous avons dit que notre malade présentait un développement exagéré de la face; elle est en outre asymétrique et les joues sont



Fig. 2.

pendantes. Le front est étroit, les cheveux sont bas implantés, bien fournis, mais tout à fait blancs. Les dents mal implantées sont cariées en grand nombre et noires. La voûte du palais est en ogive peu accentuée. Le lobule de l'oreille est adhérent; l'oreille mesure 7 centimètres de hauteur et 3 cent. 75 de largeur maxima.

Ajoutons que notre sujet, malgré sa cryptorchidie, a la voix mâle, même assez grave. Cependant il émet souvent des sons aigus, se rapprochant de la voix féminine.

Etat mental. — A l'entrée, ce malade présentait un état



Fig. 3.

maniaque subaigu sur lequel il est inutile de s'appesantir. Il se plaignait de ce qu'on lui avait pris son cœur, d'être empoisonné et s'excitait violemment, redoutant, déclarait-il, qu'on lui fasse du mal. Il prenait alors un air menaçant, faisait mine de vouloir être agressif et en disant « Je n'ai pas peur » s'avançait le poing levé;

mais dès qu'on allait à sa rencontre pour une prétendue riposte, tout son courage consistait à reculer, en grommelant et en priant qu'on le laissât tranquille. Somme toute, il n'était que fanfaron, alors que sa taille gigantesque semblait en imposer. Il paraissait avoir des hallucinations visuelles non terrifiantes (visions d'oiseau qui vole, etc.). Pendant deux mois, il refusa toute nourriture et fut alimenté artificiellement, d'autre part, comme il était très malpropre et très désordonné, on l'isolait en cellule où il était vautré presque tout le jour à plat ventre sur le parquet. Aujourd'hui, le désordre des actes s'est notablement amendé; J... mange seul, mais il reste toujours très troublé, loquace, incohérent et vit dans un monde absolument imaginaire, ne parlant jamais des siens.

Réflexions. — Cette observation soulève bien des questions intéressantes. Tout d'abord on doit retenir l'état physique du malade chez lequel la cryptorchidie s'accompagne de gynécomastie très accusée, ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur les photographies. Notons qu'il est tout à fait glabre, comme la plupart des cryptorchides, dont il se sépare cependant par la voix qui est plutôt masculine. Son bassin est élargi et se rapproche encore du type féminin, de même que le diamètre bi-acromial n'est pas celui d'un homme de sa taille. Les mains, d'autre part, sont énormes. En résumé, cet individu présente manifestement un mélange de féminisme et de gigantisme s'accompagnant de cryptorchidie.

Dans la série des caractères relevés, un caractère primordial peut-il être mis en relief, sous la dépendance duquel les autres viendraient se ranger? Il nous semble difficile de prendre position à cet égard, bien que Geoffroy Saint-Hilaire ait déjà indiqué que l'accroissement exagéré de la taille serait dû à ce que, chez les géants, l'appareil sexuel n'accomplit son évolution qu'avec une extrême lenteur et peut même s'arrêter sans avoir acquis son état de perfection; conséquence pour lui de la relation très intime qui existe entre la puberté et l'accroissement, le sujet cessant de grandir lorsque son appareil génital cesse d'évoluer. Si cette hypothèse était vraie, le gigantisme de J... serait alors la résultante de l'arrêt de développement de ses organes génitaux.

Un caractère qui paraitrait plus corrélatif de l'atrophie de son système génital, c'est l'absence de poils qui manquent totalement à la face et simulent à peine un duvet au pénil. En effet, chez les eunuques, leur castration empêche tout à

fait le développement de leur système pileux. Par opposition à celle des eunuques, la voix de J... est cependant restée masculine !!!

Pour ce qui est des caractères du féminisme présentés par notre malade, ne pourrait-on faire une hypothèse et supposer qu'ils sont sous la dépendance directe d'un hermaphrodisme latent ? J... a des rudiments d'organes génitaux externes mâles, et comme on l'a constaté dans des cas similaires (Marie-Madeleine Lefort), ne peut-on supposer que les organes génitaux internes se rapprochent chez lui du type féminin et qu'il possède des ovaires à la place des testicules? C'est ici le moment de se souvenir que la sœur aînée du malade lui ressemble si bien, qu'au dire textuel d'un membre de la famille, il suffirait d'habiller J... en femme, pour le confondre avec cette sœur.

Le problème tératogénique à résoudre au sujet de notre cas n'est pas moins ardu. On n'a pas oublié que la naissance de J... est elle-même le résultat d'une conception en dehors de son père, mais que nous n'avons pu obtenir aucun renseignement sur ce géniteur étranger. Tout ce que nous savons, c'est que la grossesse illicite de la mère de J... a été gémellaire et que le frère jumeau de celui-ci était bien conformé et ne lui ressemblait à aucun point de vue. Comment alors expliquer la diversité des deux produits contemporains? Y a-t-il eu superfétation ?

Dans l'intitulé de la présente note, nous avons déclaré J... atteint de cryptorchidie; mais nous aurions pu tout aussi bien le dire affecté d'anorchidie bilatérale, car il n'y a pas de critérium de différenciation entre un cryptorchide et un anorchide et, d'après Dechambre (art. *Cryptorchidie*), certains cryptorchides ont pu se montrer tout aussi impuissants et féminins d'aspect que les anorchides. En effet, J... est impuissant et même infécond malgré sa double paternité légale.

ADDENDUM. — Par un hasard pour ainsi dire extraordinaire, le malade de l'observation ci-dessus est mort le 18 octobre 1897, c'est-à-dire assez longtemps après la note qui le vise et alors que l'un de nous avait quitté l'asile de Saint-Ylie pour Dijon. En raison de l'intérêt qui devait s'attacher à son autopsie, il avait été convenu que le Dr Santenoise, continuant à suivre le malade, ferait son possible, s'il venait à décéder, pour obtenir de la famille la permission de faire la

nécropsie. Cette facilité ayant été accordée, c'est d'après les notes fournies par mon excellent collaborateur d'autrefois que je puis heureusement compléter immédiatement la relation de ce cas intéressant, puisqu'elle n'a pu même trouver place, dès son envoi, dans le numéro des *Archives* auquel elle était destinée. L'hypothèse que nous avions émise au sujet de J..., à savoir que, possédant des rudiments d'organes génitaux externes mâles, cet individu pouvait avoir des organes génitaux internes se rapprochant du type féminin et posséder même des ovaires en remplacement de testicules, s'est trouvée confirmée en partie. Ajoutons ici un détail ignoré de nous et fourni ultérieurement par la famille, c'est que toutes les fois que le malade urinait, il avait fini de suite, et que de plus, lorsque son besoin de miction se faisait sentir, il était, pour avoir le temps de sortir sans uriner, obligé de serrer aussitôt l'extrémité de la verge, pour fermer l'orifice, car le canal de l'urèthre était très court.

Voici maintenant les conditions dans lesquelles J... est mort; c'était dans la matinée du 18; l'infirmier venait à peine de le laver et de l'éponger debout, quand il s'est affaissé tout d'un coup. La perte de connaissance fut immédiate, et cinq minutes après il rendait le dernier soupir. Quant à l'autopsie, pour la faire complète, il eût fallu une dissection de plusieurs jours avec examen microscopique, préparation de pièces, etc.; la famille devant emmener le corps, on ne put se livrer qu'à un examen rapide qui permit néanmoins de faire les constatations principales qui suivent.

Cerveau. — Congestion intense avec épanchement de sérosité sanguine dans les ventricules et les espaces méningés. Les méninges présentaient une opacité blanchâtre très nette, avec granulations, principalement aux régions frontale et pariétale des deux côtés. La pie-mère était adhérente en ces points et la décortication n'a pu se faire sans enlever des parcelles importantes aux régions indiquées. Le sinus frontal gauche était rempli d'un liquide colloïde), ainsi que les cellules ou vacuoles osseuses comprises au voisinage de ce sinus, entre la table interne et externe du frontal.

Poumons. — Congestion hypostatique à la partie supérieure et aux deux bases. — *Cœur.* Surcharge graisseuse générale; cavités vides, pas de lésions orificielles.

Abdomen et organes génitaux. — Pannicule graisseux abdominal très considérable, d'une épaisseur de 4 à 5 centimètres. Dans les *bourses, absence de testicules* qui sont remplacés par deux petites

masses d'apparence graisseuse. A la dissection, on rencontre dans chacune d'elles une sorte de glande divisée en lobes très petits avec quelques petits kystes remplis d'un liquide blanchâtre (ovaire?). A côté de ces lobes, à la partie inférieure se rencontre une sorte d'infundibulum rappelant assez bien la disposition d'une trompe, mais se terminant en cul-de-sac. Enfin l'organe glandulaire est enveloppé d'une vaginale imparfaite. Les glandes dont nous venons de parler se continuent par un cordon contenant des vaisseaux et un cordon cylindrique rappelant le canal déférent. Ce cordon traverse le canal inguinal et à l'orifice interne de celui-ci se bifurque en deux portions.

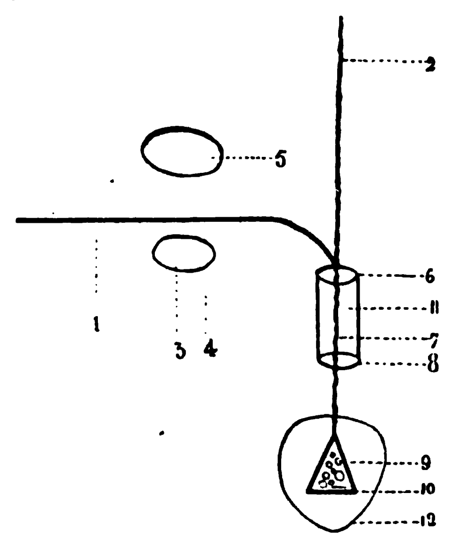


Fig. 4. — 1, Portion cylindrique; — 2, Portion vasculaire; — 3, Rectum; — 4, Place de l'utérus absent remplacé par une membrane tendue entre la vessie et le rectum; — 5, Vessie; — 6, Anneau inguinal interne; — 7, Cordon complet; — 8, Anneau inguinal externe; — 9, Lobes glandulaires et kystes; — 10, Pavillon de la trompe; — 11, Canal inguinal; — 12, Scrotum.

a). Une portion vasculaire continuant son trajet en haut et en dedans pour aboutir aux gros vaisseaux centraux. (Ici un accident n'a pas permis d'en préciser exactement l'embouchure.) — *b*). Une portion contenant l'organe canaliculaire signalé plus haut, à direction horizontale et rejoignant sur la ligne médiane celui du côté opposé. Cet organe canaliculaire, avant de rejoindre son congénère, se résolvait en faisceaux de plus en plus petits qui se perdaient

dans le tissu ambiant. Le tout se trouvait contenu dans un plan charnu, composé exclusivement de tissu cellulaire, revêtu du péritoine sur ses faces antérieure et postérieure et sur son bord supérieur libre. Cet organe occupait exactement la place de la matrice, de sorte qu'en imaginant que l'enveloppe de l'utérus puisse exister seule sans cavité utérine, on aura une idée assez exacte de cette espèce de membrane qui, tendue verticalement entre la vessie et le rectum, avec un véritable cul-de-sac de Douglas, se continuait à droite et à gauche par l'organe cylindrique plus haut décrit, occupant la situation du ligament large. Le schéma très sommaire ci-dessus fixera dans l'esprit les rapports et la disposition anatomique des différentes parties décrites. Il n'y avait en outre *ni vésicule séminale ni prostate.*

D'après l'autopsie, nous avons donc eu affaire à un faux hermaphrodite, les vrais hermaphrodites portant des glandes bisexuées (ovaires et testicules), et vraisemblablement à un pseudo-hermaphrodite féminin. Quoi qu'il en soit, notre individu était certainement tout au moins un anorchide complet, ce qui est excessivement rare.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XXXV. Réflexions sur les lésions de la moelle dans deux cas d'anémie pernicieuse; par Michel Clarke. (*Bret. med. Journ.*, 2 octobre 1897.)

Dans le premier cas, les lésions médullaires consistaient en une dégénérescence complète des cordons postérieurs dans toute leur longueur et au niveau de la région lombaire et dorsale en un foyer de dégénérescence de la partie postérieure du cordon latéral gauche.

Dans le second cas, la substance grise de la moelle présentait des foyers hémorrhagiques de dimensions variables, mais toutes microscopiques; elles siégeaient dans la partie centrale de la substance grise, en arrière des cornes antérieures au voisinage de la commissure. Autour du foyer hémorrhagique se trouvaient des

zones où la substance grise était granuleuse en partie, désorganisée et abaissée.

Ces deux cas forment un contraste frappant : l'un offrant une lésion de la substance blanche avec dégénérescence chronique, l'autre une lésion de la substance grise. Dans les deux cas les cellules nerveuses traitées par l'acide chlorhydrique et le ferrocyanure de potasse, montrent des granulations bleues. La durée de l'anémie a joué un rôle dans la nature de la lésion, l'une datait de un mois et l'autre de deux ans.

D'autres auteurs ont décrit diverses lésions de la moelle dans l'anémie pernicieuse et la conclusion est que ces lésions sont de ca ractère différent et que le plus souvent les symptômes cliniques de ces lésions médullaires sont cachés par la gravité des symptômes généraux. A. V.

XXXVI. SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES ÉLÉMENTS NERVEUX DANS L'URÉMIE AIGUE EXPÉRIMENTALE ; par ACQUISTO et PUSATERI. (*Riv. di. pat. nerv. et ment.*, fasc. 10, 1896.)

Les lésoins se rencontrent dans les éléments de l'écorce et de la substance grise spéciale. Elles intéressent les prolongements protoplasmiques, le citoplasme et le noyau des cellules nerveuses. Elles représentent le substratum anatomo-pathologique des phénomènes urémiques (symptômes paralytiques et convulsifs) qui, par suite, sont d'origine cérébrale et spinale. J. S.

XXXVII. RECHERCHES SUR LA CAPACITÉ PROLIFÉRATIVE DE LA CELLULE NERVEUSE ; par Giuseppe LEVI. (*Riv. di. pat. nerv. et ment.*, fasc. 10, 1896.)

XXXVIII. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ HYGRIQUE CHEZ LES ALIÉNÉS ; par URBANO et CHRISTIANI. (*Il Manicomio*, Anno XI, fasc. 2-3.)

Une observation relative à un persécuté systématique. Les auteurs reconnaissent à ces phénomènes hallucinatoires une origine centrale et leur appliquent la théorie générale des hallucinations formulée par Tamburini. J. S.

XXXIX. SUR LES ALTÉRATIONS DES PETITS VAISSEAUX DE QUELQUES ORGANES INTERNES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE ; par ANGIOLELLA (*Il Manicomio*, anno XI, fasc. 2-3.)

Dans douze cas examinés par l'auteur, il existait constamment dans le foie et les reins une périartérite intéressant de préférence les petites artères, semblable à celle qui se rencontre dans les diffé-

rentes portions du système nerveux et parfois a été constatée aussi dans les vasa vasorum des parois aortiques. En même temps et comme conséquence, il existe dans les reins une inflammation du tissu conjonctif interstitiel avec processus régressifs dans les cellules spécifiques : dans le foie on ne rencontre que les secondes et par exception seulement la première. Cela confirme l'opinion que la paralysie générale est essentiellement une maladie, très diffuse, des petits vaisseaux et vient, par suite, à l'appui de l'hypothèse que la cause première du processus morbide doit être quelque substance toxique existant dans le torrent circulatoire dont la nature est probablement différente suivant les facteurs étiologiques qui ont agi dans chaque cas particulier. A ce dernier point de vue, il est important de noter que des lésions semblables des vaisseaux se rencontrent aussi bien dans les cas où préexistait chez le sujet une infection syphilitique, que dans ceux où elle n'avait pas été constatée. Cela confirme l'idée, jadis émise, de la difficulté de résoudre la question étiologique de la paralysie générale par les données anatomiques et c'est une nouvelle preuve à invoquer pour l'existence de facteurs multiples, agissant tous cependant par le même procédé, l'intoxication. Cette intoxication serait la cause directe des altérations vasculaires et occasionnerait ensuite les lésions des tissus interstitiels et parenchymateux en partie directement, en partie indirectement, c'est-à-dire par l'intermédiaire des processus inflammatoire des parois des petits vaisseaux. — Cette diffusion du processus morbide à des organes aussi importants que le rein et le foie, peut contribuer à expliquer la déchéance générale de l'organisme dans cette affection. J. Séglas.

XL. Un phénomène important observé chez un peintre gaucher et Léonard de Vinci; par Grimaldi. (*Il Manicomio*, Anno, XI, fasc. 2-3.)

Ce peintre qui pendant bien des années ne s'était servi que de la main gauche, s'était tout d'un coup aperçu qu'il n'éprouvait aucune difficulté à se servir de la main droite avec autant de sûreté, sinon plus même, soit pour peindre, soit pour écrire. Avec la main gauche, il pouvait également écrire en caractères renversés et de droite à gauche, sans le moindre effort. L'auteur examine les documents recueillis à ce propos au point de vue physiologique et entre autres points particulièrement intéressants met en relief la collaboration à une même fonction des centres des deux hémisphères et la prédominence relative du centre gauche sur le droit pour l'écriture, même chez les gauchers. J. S.

XLI. Sur les altérations des cellules nerveuses par imitation partielle du prolongement nerveux; par E. Lugaro. (*Riv. di pat. nerv. e ment.*, vol. I, fasc. 2, 1896.

XLII. ÉTUDE CLINIQUE ET ANATOMIQUE, RELATIVE A UN CAS DE DIPLÉGIE, SPASMODIQUE CONGÉNITALE (*maladie de Little*) ; par GUISEPPE MAYA et GUISEPPE LEVI. (*Liv. di pat. nerv. e ment.*, vol. 1, fasc. II, 1896.)

XLIII. SUR QUELQUES PHÉNOMÈNES INDICATEURS DE LA PHAGOCYTOSE OBSERVÉS DANS LES CERVEAUX DES ALIÉNÉS ; par John TURNER. (*The Journal of mental Science*, janvier 1897.)

M. Bevan-Lewis attribue aux cellules de Deiters dans le cerveau un rôle phagocytique : il les considère comme de véritables écumeurs du cerveau qui absorbent et enlèvent les matériaux de déchet; il pense même qu'elles s'attachent aux cellules nerveuses dégénérées, et que, par leur intermédiaire, ces cellules sont absorbées et éliminées. Les faits observés par M. Turner semblent indiquer que d'autres éléments que les cellules de Deiters peuvent jouer un rôle analogue. Les phénomènes qu'il va décrire sont tellement évidents et aussi tellement communs qu'il a été tout surpris de trouver la littérature médicale muette, ou à peu de chose près, à leur égard : ils se rencontrent dans plusieurs variétés de folie, et surtout dans les cerveaux séniles. Les cas où l'auteur les a rencontrés le plus souvent étaient des cas de paralysie générale, de folie alcoolique, et diverses formes de mélancolie et de manie; il est probable que, si on les cherche, on les trouvera dans d'autres affections mentales.

On rencontre à l'état de liberté dans les espaces péri-cellulaires des cellules qui se colorent, ou plutôt dont les bords se colorent en rouge par la solution acide de fuchsine, et qui contiennent des granulations également colorées en rouge : elles sont rondes, ovales ou un peu irrégulières et mesurent de 4 à 9 μ. Quelquefois, dans un espace, on n'en rencontre qu'une tout comme on peut en trouver trois ou quatre, et presque toujours le cytoplasme de la cellule nerveuse la plus voisine de la cellule envahissante manque en partie : il semble qu'on ait mordu la cellule nerveuse, et qu'elle soit entamée ; on peut observer tous les degrés de ce processus depuis une très légère échancrure jusqu'à l'état où la cellule est réduite à un noyau entouré d'un maigre reliquat de cytoplasme, sans aucun prolongement. Même dans ces cas extrêmes, le pourtour du cytoplasme correspond par ces dentelures à la position prise par la cellule envahissante. Le noyau n'est jamais envahi, et alors même qu'il survit presque seul à sa cellule, il demeure en apparence intact, bien qu'il soit quelquefois contracté et sans nucléole visible.

Cet état pathologique a été observé par l'auteur dans des cas dont l'âge variait de vingt-huit à quatre-vingts ans, et où l'apparition des troubles mentaux était toute récente. Ici l'auteur rapporte quatre observations, et des planches éclaircissent ses explications.

M. Turner ne doute pas que ces cellules soient des leucocytes errants, qui, on le sait, et Obersteiner l'a démontré, se rencontrent fréquemment à l'état normal dans les espaces péri-cellulaires.

Le mode suivant lequel ces éléments assiégeants écornent la cellule assiégée relève manifestement du phagocytisme.

Naturellement les altérations histologiques qui viennent d'être indiquées ne peuvent s'observer que sur des coupes montées de manière à laisser tous les éléments dans leurs rapports respectifs: Aussi n'est-il pas inutile d'indiquer ici la méthode histologique qu'emploie l'auteur pour les rendre apparentes : Prendre des fragments très minces du cerveau d'un sujet dont la mort ne remonte pas à plus de dix heures : plonger dans la solution de Fol pendant vingt-quatre heures à la température de 35 à 40° C. ou pendant quarante-huit heures à la température ordinaire ; laver et plonger dans l'alcool à 80°, puis finalement dans l'alcool absolu ; les y laisser quatre ou cinq jours. Imbiber de chloroforme pendant six heures, et plonger dans la paraffine au point de fusion (50° C.) ; les laisser seize heures à cette température ; faire des coupes et les fixer par attraction capillaire (méthode d'Altmann-Gaule). Pour colorer, employer la solution concentrée de fuchsine acide, à laquelle on ajoute un peu de bleu d'aniline. Après quelques minutes de séjour dans la solution colorante, rincer à l'eau et traiter par l'alcool alcalinisé à 0,25 p. 100 ; égoutter rapidement, plonger encore dans l'eau, déshydrater avec l'alcool absolu, et éclaircir avec l'essence de girofle ou le xylol. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XLIV. ETUDE BIOLOGIQUE SUR LA DOULEUR ; par Ch. RICHET. (*Journal de neurologie et d'hypnologie*, 1897, nos 20 et 21.)

L'auteur établit dans ce travail que la douleur physiologique est produite par des excitations fortes et que les excitations fortes désorganisent les tissus et sont funestes à la vie des êtres et aux fonctions des organes. Il montre ensuite que si une quantité innombrable d'êtres organisés peuvent se défendre contre les atteintes des excitants trop énergiques rien que par la mise en activité d'actions réflexes appropriées sans qu'il y ait chez eux ni conscience, ni douleur ; la douleur, qui est l'apanage des êtres supérieurs, n'en a pas moins une utilité très grande parce que grâce au souvenir très vivace qu'elle laisse dans la mémoire, elle nous permet d'éviter les excitations pénibles que nous avons éprouvées une première fois. Il y a donc entre les êtres inférieurs et les êtres supérieurs cette différence que les premiers ne connaissant pas la douleur, réagissent seulement contre les traumatismes lorsque ceux-ci les atteignent, tandis que les seconds, avertis par le souvenir de la douleur, peuvent se mettre en garde contre eux. En un mot chez les êtres inférieurs la défense est purement consécu-

tive, tandis que chez les êtres supérieurs elle est à la fois consécutive et préventive. Les uns sont de purs automates, guidés seulement par l'instinct, les autres des êtres intelligents capables d'imprimer à leurs actes des modifications en rapport avec celles du monde extérieur. G. D.

XLV. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MARCHE ET DE LA DÉGÉNÉRESCENCE DES VOIES PYRAMIDALES CHEZ DES COBAYES; par le Dr SERGE SOUKHANOFF. (*Journ. de neurologie et d'hypnologie*, 1897, n° 18.)

L'auteur relate dans ce travail deux expériences qui lui ont permis de constater qu'à la suite d'une lésion du pédoncule cérébral on observait chez le cobaye une dégénérescence granuleuse des voies pyramidales qui se continuait dans les cordons postérieurs jusqu'au niveau de la région dorsale de la moelle. G. D.

XLVI. LE MÉCANISME DES MOUVEMENTS RÉFLEXES; UN CAS DE COMPRESSION DE LA MOELLE DORSALE AVEC ABOLITION DES RÉFLEXES; par A. van GEHUCHTEN. (*Journ. de neurologie et d'hypnologie*, 1897, nos 14, 15, 16 et 17.)

Les conclusions qui se dégagent de ce travail basé sur un cas de compression lente de la moelle dorsale sont les suivantes :

1° Au point de vue clinique, *a*) dans les cas de lésion transversale complète de la moelle cervico-dorsale, il existe une abolition constante des réflexes tendineux, viscéraux et cutanés, à l'exception du réflexe plantaire, qui peut persister, et du réflexe à la douleur, qui persiste d'une façon constante; *b*) dans les cas de compression de la moelle cervico-dorsale on peut observer les mêmes symptômes.

2° Au point de vue physiologique les fibres motrices qui descendent du cerveau, du cervelet, du mésencéphale et du rhombencéphale interviennent d'une façon incontestable dans le mécanisme des mouvements réflexes. G. DENY.

XLVII. SUR L'ENTRE-CROISEMENT INCOMPLET DES NERFS OPTIQUES DANS LE CHIASMA DES MAMMIFÈRES SUPÉRIEURS; par BECHTEREFF. (*Revue de psychologie de Neurologie et de psycologie expérimentale*, 1897, n° 10, p. 744-747).

Il est peu d'auteurs qui discuteraient actuellement l'existence de l'entre-croisement partiel du nerf optique dans le chiasma de l'homme et des mamifères supérieurs. Les expériences multiples faites par l'auteur sur des chiens, lui ont toujours montré que la section d'un tractus optique provoque l'hémicécité binoculaire avec prédominance du côté opposé qu'on constate une légère mydriase.

La réaction hémiopique pupillaire serait trouvée par l'auteur dans toutes ses expériences. E. MARGOULIÈS.

XLVIII. COMMENT IL FAUT ENTENDRE EN BIOLOGIE LA BISEXUALITÉ SOMATIQUE ET PSYCHIQUE; par H. KURELLA. (*Centralbl. f. Newenheilk.* XIX, N. F. VII, 1896.)

La grande et importante question des différences sexuelles devient intelligible par l'étude de la bisexualité qui nous apprend comment le mâle et la femelle sont identiques, *adéquats*, à la période de leur tout premiers rudiments, alors qu'ils ne sont point encore distincts l'un de l'autre. Dès l'instant où apparaît cette différenciation, où il est décidé que l'individu qui se forme aura un ovaire ou un testicule, se crée une loi rigoureuse qui, en plusieurs étapes, établit la progression continue de caractères distinctifs (Meige) jusqu'à ce que, finalement, la décadence de la vieillesse, déformant le portrait de l'homme et de la femme, efface les signes distinctifs du sexe que l'individu avait acquis. Parallèlement les anomalies du développement sexuel nous montrent à quel point les traits spécifiques du caractère sont dépendants de ce développement. L'infantilisme témoigne d'une intelligence et de sentiments puériles; l'efféminé a ceux de la femme; l'homme homosexuel est bigot, vain, capricieux, théâtral, s'attife en secret comme la femme, est passionné pour des ouvrages manuels féminins, s'intéresse à toutes les questions de la toilette féminine. L'hybride à glandes germinatives masculines, mais à caractères secondaires ou tertiaires féminins, a des tendances et des manières féminines, bien qu'il ait été élevé comme un garçon ; l'inverse s'observe pour l'hybride féminin. Les différences psychiques entre l'homme et la femme dépendent donc des caractères sexuels.

Il n'est pas rare de se convaincre, en fréquentant des *cheffesses du mouvement d'émancipation des femmes*, que la femme de cette espèce n'a pas besoin de l'homme et qu'elle peut arriver à s'acquitter de toutes les missions civilisatrices sans l'aide de celui-ci; en même temps, assez souvent, elle est tout à fait détachée du sexe masculin en général : cet éloignement parfois, tout naturellement, aboutit à l'effort conscient de rechercher l'excitation et la satisfaction érotiques auprès des femmes et non auprès des hommes. C'est là un côté extrêmement dangereux de l'émancipation, car il peut arriver que des jeunes filles, chez lesquelles tous les signes distinctifs de leur sexe ne se sont pas encore développés, acquièrent, sous de pareilles influences, l'habitude de perversions sexuelles incurables.

P. KERAVAL.

XLIX. NOUVELLE MÉTHODE DE COLORATION DES PROLONGEMENTS PROTOPLASMIQUES DES CELLULES DE PURKINJE ET DES CYLINDRAXES ; par L. RONCORONI. (*Centralbl. f. Nerwenheilk.*, N. F. XIX, VIII, 1896.)

Liquide de fixation : solution de chlorure de platine et de liquide

Muller. Inclusion dans la celloïdine. Coupes épaisses de 5 à 8 millimètres que l'on fait séjourner vingt-quatre heures dans une solution d'hèmatoxylène fortement alunée. Lavage de vingt-quatre heures à l'eau distillée. Différenciation d'après la méthode de Pal. Les cylindraxes sont, y compris les fibres amyéliniques, d'un bleu intense. Les prolongements protoplasmiques, jusque dans leurs plus fines ramifications, sont plutôt bruns.

On voit ainsi que les fines ramifications de prolongements protoplasmiques des cellules de Purkinje ont une structure granuleuse ; les granulations y sont ordonnées en séries, celles d'un prolongement étant parallèles à celles du prolongement voisin. Des oiseaux au chien, et du chien à l'homme, les ramifications en question sont plus nombreuses, plus fines, plus rapprochées les unes des autres. La plupart des cellules apparaissent colorées dans leur totalité en noir. Il est probable que les prolongements en épines de Ramon y Cajal, Van Gehuchten, Retzius, qui siègent à angles droits sans prolongements protoplasmiques ne sont que des précipités formés de ces granulations.

Les *cellules de l'écorce du cerveau* ne se colorent généralement pas dans leur totalité ; seul le noyau en est visible, entouré de granulations protoplasmiques nettement colorées ; parfois cependant une cellule se colore totalement comme celle de Purkinje. Dans ce cas, ses prolongements protoplasmiques sont aussi colorés, ce qui prouve que quelques cellules de l'écorce ont la même réaction chimique que la cellule de Purkinje. Le nombre des cellules corticales colorables en totalité progresse des animaux inférieurs à l'homme.

La même méthode rend très distincts les noyaux de la névroglie. Les cylindraxes épais présentent, en quelques points de leur trajet, de vraies spirales qui tournent autour d'eux. P. KERAVAL.

L. LA SENSIBILITÉ CHEZ LA FEMME ; par S. OTTOLENGHI. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XIX, N. F. VII, 1896.)

La sensibilité générale et la sensibilité à la douleur sont étudiées à l'aide du faradomètre d'Edelmann comparativement chez 682 femmes et 400 hommes.

I. La *sensibilité à la douleur* existe au même degré que chez l'homme, mais la femme présente une appréhension exagérée par l'hyperexcitabilité, ou plutôt par l'hyperirritabilité. Comme chez l'homme cette sensibilité est soumise à bien des modifications tenant à l'influence de l'âge, des conditions sociales, de la dégénérescence. C'est à l'âge de vingt-quatre ans qu'elle atteint son maximum de développement. Moins accusée chez les travailleuses manuelles que chez les dames, et plus marquée chez les premières que chez les paysannes, elle s'accompagne chez les premières d'une plus vive hyperirritabilité que chez les dames et les paysannes. La

dégénérescence amoindrit la sensibilité à la douleur ; ce sont les vieilles femmes de l'hospice qui présentant le maximum d'émoussement et d'hyperritabilité. Dans l'ensemble on trouve que la femme sent moins la douleur que l'homme ; elle y résisiste très souvent beaucoup plus que lui, mais cette résistance est plus inconstante. La suggestion jouant un grand rôle chez la femme peut produire une hyperirritabilité, ou parfois, au contraire, une forte résistance à la douleur, allant jusqu'à émousser presque complètement ou complètement ce mode de la sensibilité. Rien de semblable ne se voit chez l'homme normal.

II. La *sensibilité générale* subit aussi des variations d'après l'âge et les professions, mais moins que la sensibilité à la douleur. Chez les femmes aisées, dans le jeune âge, la sensibilité générale est aussi délicate que dans l'âge mûr. Chez les ouvrières manuelles, elle est très faible dans la jeunesse et croît jusqu'à dix-neuf et même jusqu'à vingt quatre-ans ; elle décroît à un âge avancé. En général, les ouvrières ont cette fonction plus émoussée que les dames et plus fine que les paysannes. Elle se développe plus promptement chez la femme aisée que chez l'homme ; après dix-neuf ans, elle est également développée dans les deux sexes ; dans les professions ouvrières, elle est toujours plus fine chez la femme.

III. Considéré dans les deux sexes, la sensibilité à la douleur dépend surtout de l'appareil central de la sensibilité ; elle est donc dans le plus étroit rapport avec le psûchê. La sensibilité générale dépend principalement de l'appareil psychiques, c'est-à-dire qu'elle est éloignée du psûchê. P. Keraval.

LI. Observation de paralysie générale secondaire (tabétique) avec dégénérescence ascendante dans le cordon antérolatéral (faisceau de Gowers) ; par W. Linke. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XVIII, N. F. vi, 1895.)

Il s'agit d'un homme de trente ans, se croyant persécuté par les francs-maçons (hallucinations de l'ouïe). Il tente de se tuer en 1885, est déclaré incurable en 1886 avec le diagnostic : délire chronique de persécution, hallucination, au stade mégalomaniaque, avec tendance à la démence. Confirmé en 1890.

En 1894 on constate chez lui des signes de paralysie bulbaire, bientôt suivie d'ataxis locomotrice qui va en s'accusant de plus en plus. A la fin de 1894 il existe une paralysie générale au début, Mort le 16 avril 1895. On trouve à l'*autopsie* l'inflammation chronique atrophique du cerveau, avec dégénérescence des cordons postérieurs, une altération du noyau de l'hypoglosse, l'altération du faisceau de Couvas. L'auteur conclut à une psychose héréditaire qui a été suivie de toutes les complications syphilitiques susdécrites. P. Keraval.

LII. Anomalies histologiques du cerveau des épileptiques et des criminels-nés; par L. Roncoroni. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XVIII, N. F. vi, 1895.)

Durcissement à l'alcool; inclusion dans la paraffine.

Colorez avec	Bleu de métylène (solution saturée). .	30 parties
	Borate de soude (solut. aq. à 5 p. 100).	20 —
	Eau distillée.	50 —

Filtrez.

Faites agir pendant vingt minutes; chauffez à la lampe jusqu'à production des vapeurs. Enlevez l'excès de matière colorante avec l'eau.

Décolorez avec	Alcool absolu	90 parties
	Huile d'aniline.	10 —

Versez 5 cc. dans un verre de montre; ajoutez une goutte de solution saturée d'éosine.

Déshydratez à l'alcool absolu.

Lavez abondamment au xylol; montez dans le baume du Canada. Ce procédé montre très nettement des cellules avec leurs prolongements protoplasmiques et leur disposition par couches. Ayant ainsi examiné les lobes frontaux de dix individus normaux, deux nouveau-nés, dix-huit épileptiques, seize criminels, huit aliénés, onze animaux, M. Roncoroni dit ce qui suit.

Chez l'individu normal le lobe frontal contient six couches : 1° une couche moléculaire; — 2° une couche de granulations (ou très petites cellules nerveuses) superficielles, en plusieurs rangées; — 3° une couche de petites cellules pyramidales; — 4° une couche de grandes cellules pyramydales; — 5° une couche granuleuse profonde; ce sont encore plusieurs rangées de petites cellules, remplacées chez les nouveau-nés par de la névroglie, qui quelquefois semblent diviser en deux la couche précédente; — 6° une couche de cellules polymorphes. — La substance blanche contient très peu ou pas de cellules nerveuses.

Chez l'épileptique, la seconde couche est très réduite, tandis que celle des grandes cellules pyramidales est prépondérente de même que chez les criminels. La couche granuleuse profonde (n° 5) a disparu ou est très rudimentaire (on y trouve que très peu de cellules, en partie remplacées par de la névroglie), chez l'épileptique et le criminel. La sixième couche est très développée chez l'épileptique dont la substance blanche contient aussi beaucoup de cellules nerveuses. Cette disparition de la couche granuleuse profonde, contrastant avec l'exagération des grandes cellules pyramidales et des cellules polymorphes, se rencontre aussi chez un crétin.

Chez les animaux (macaques, chiens, chats, lapins, cobayes, bœufs, poules) la couche granuleuse superficielle fait souvent défaut; la couche granuleuse profonde n'existe pas, sauf chez le singe où elle est quelque peu évidente. P. KERAVAL.

LIII. NOUVELLES RECHERCHES SUR LA STRUCTURE FINE DE LA CELLULE NERVEUSE ET SUR LES LÉSIONS PRODUITES PAR CERTAINES INTOXICATIONS; par M. G. MARINESCO. (*Presse médicale*, 16 juin 1897.)

Dans la première partie de ce travail, l'auteur expose les résultats de ses nouvelles recherches sur les lésions primitives de la cellule nerveuse produites par l'intoxication expérimentale par l'injection d'alcool, d'arsenic et de virus rabique. Il résume ensuite les opinions principales qui ont été émises sur la structure de la substance achromatique de la cellule nerveuse. Cette substance n'est pas amorphe, comme on le croyait naguère ; elle renferme des fibrilles, des stries que la plupart des auteurs considèrent comme ayant des relations de continuité avec les corpuscules chromatiques.

M. Marinesco continue par une description de la cellule nerveuse telle qu'elle résulte de ses recherches personnelles. Il distingue dans cette cellule trois éléments essentiels : 1° une substance chromatique nommée élément chromatophile ; 2° un élément achromatique figuré ; 3° un élément amorphe achromatique, la substance fondamentale. La substance achromatique figurée est constituée par un réseau qui donne au corps de la cellule l'apparence d'une masse spongieuse le spongioplasma. Ce réseau est formé de mailles dont la densité varie d'une cellule à l'autre. A l'intersection des travées se trouvent d'ordinaire de petits renflements colorés (points nodaux). Les éléments chromatophiles sont situés dans l'interstice de ces travées ; la texture du spongioplasma détermine leur forme et leur volume ; de leurs angles se détachent des trabécules très tenues qui, d'après Ramon y Cajal, affectent des rapports avec les trabécules du spongioplasma. D'après M. Marinesco, les fibrilles des prolongements protoplasmiques des cellules et du cylindre-axe sont en relation de continuité avec les travées du réseau cytoplasmique. Les connexions des éléments chromatophiles avec les fibrilles du cytoplasma ne sont pas établies d'une façon certaine. D'après l'étude de la texture intime de la substance achromatique M. Marinesco croit pouvoir admettre au moins trois types de cellules dans les ganglions spinaux :

Le premier type comprend surtout de grosses cellules ; la substance achromatique organisée forme un réseau à mailles assez larges délimitées par des trabécules minces ou de calibre moyen et englobant des corpuscules chromatiques polygonaux. Le deuxième type est formé de petites cellules avec trabécules achro-

matiques formant un réseau dense. Nombreux points nodaux ; la cellule a un aspect foncé (chromophilie de Nissl). Eléments chromatophiles de petit volume. Dans le troisième type la substance achromatique organisée se présente sous forme de fibrilles épaisses qui constituent un véritable feutrage ou sont ondulées en forme de tourbillons. Elémemts chromatophiles oblongs, ovoïdes ou fusiformes.

Du fait de la continuité anatomique des fibrilles des prolongements protoplasmiques et du cylindre-axe avec le spongioplasma, découle cette conclusion que la substance achromatique organisée sert à la conductibilité de l'influx nerveux.

Quant à la substance chromatique, certains auteurs (Lugero, Cajal, van, Gehuchten, etc.) admettent qu'elle constitue une matière de réserve alimentaire, une espèce de grenier de nutrition. D'autres, au contraire, lui ont dénié cette fonction. Dans la dernière partie de son travail, M. Marinesco s'efforce d'établir que les éléments chromatophiles constituent une substance fonctionnelle jouissant de propriétés chimiques considérables et donnant naissance, grâce à leur usure, à une certaine quantité d'énergie mécanique (d'où le nom de kynetoplasma qu'il leur a donné). Cela ne veut dire qu'ils ne jouent pas un rôle important dans la nutrition de la cellule ; on sait, en effet, que ces deux phénomènes, la fonction et la nutrition, sont connexes.

La nature des phénomènes chimiques dont les éléments chromatophiles sont le siège, ne peut guère être définie ; peut-être cependant, l'usure fonctionnelle ou la désintégration de ces éléments est elle liée à des oxydations des granulations élémentaires qui les composent. A. Fenayrou.

LIV. De l'interdépendance fonctionnelle des centres nerveux du langage ; par le Dr Fritz Sano. (*Journ. de neurologie et d'hypnologie*, 1897, nos 12 et 13.)

Ce travail contient la relation d'un cas d'aphasie sensorielle totale. Le malade présentait au début de la surdité et de la cécité verbales et une agraphie absolue ; il était verbeux, bredouillait et était atteint de jargonaphasie et de paraphasie. Dans la suite l'état de ce malade s'améliora légèrement, l'usage de certaines phrases, aboli tout d'abord, lui revint peu à peu, il finit par deviner, sinon par comprendre les questions faciles, mais la lecture et l'écriture restèrent toujours impossibles.

A l'autopsie on constata que le tiers postérieur de la temporale supérieure était lésé et que la pariétale inférieure l'était en partie seulement, le pli courbe ayant conservé une corticalité et des systèmes d'association supérieurs, postérieurs et inférieurs normaux.

En présence de ces constatations on peut admettre que chez ce malade le trouble de la parole résultait de l'absence du contrôle des organes sensoriels. La surdité verbale devait correspondre à la lésion de la temporale supérieure, l'alexie et l'agraphie à la destruction de la pariétale inférieure.

Cette observation constitue donc une nouvelle preuve de la dépendance fonctionnelle des différents centres du langage.

G. Deny.

LV. Des cellules nerveuses de chiens vaccinés contre la rage; par B. Nagy. (*Neurolog. Centralbl.*, XV, 1896.)

Les cellules de la moelle et du bulbe de ces animaux sont complètement intactes. Ce fait s'explique par l'introduction lente dans l'économie, par degrés de ce neurotoxique; le système nerveux s'accoutume au poison, de sorte que plus tard on peut soumettre le chien à de grandes quantités du virus sans dommage. D'après cela il est aisé de comprendre pourquoi il résiste aussi bien au virus fixe qu'au virus des rues. La thérapeutique de l'immunisation a donc un substratum anatomique. P. Keraval.

LVI. Un cas insolite de lésion de la partie cervicale du grand sympathique; par L. Jacobson. (*Neurolog. Centralbl.*, XV, 1896.)

Enfant de dix-huit mois ; à la suite de l'ouverture et de grattage d'un abcès ganglionnaire dans le côté gauche du cou il se produit, du même côté : 1° un rétrécissement pupillin ; 2° la diminution de la fente palpébrale ; 3° de la pâleur avec refroidissement de la demi-correspondante de la face ; 4° anhydron du même côté; 5° emphthalmie ; 6° affaissement des traits. Rien du côté du cœur. La situation de la grosse cicatrice, rapprochée de ces symptômes, indique qu'il y a eu, pendant l'opération, lésion du grand sympathique et du ganglion cervical supérieur. Chose particulière, il n'y pas eu diminution de la sensibilité dans la moitié faciale gauche; ce n'est donc point un symptôme direct produit par la lésion du grand sympathique, c'est un symptôme indirect dû aux troubles de circulation des vaisseaux du visage et du refroidissement de la région. P. Keraval.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

I. L'amaurose hystérique unilatérale ; par M. Gilbert Ballet (*Presse médicale*, 18 novembre 1897.)

Les observations de deux malades atteints d'amaurose hystérique unilatérale ont servi de base à cette leçon clinique. M. Ballet mentionne les caractères qui permettent de distinguer cette variété d'amaurose des amauroses organiques : absence de gêne ou gêne peu considérable pour les malades du fait de cette amaurose, qui peut rester longtemps ignorée des sujets mêmes qui en sont atteints ; conservation du réflexe à la lumière ; coexistence habituelle de l'anesthésie de la rétine et de l'anesthésie des paupières, de la conjonctive et de la cornée du même côté ; absence d'altérations du fond de l'œil. Il insiste tout particulièrement sur le signe différentiel suivant : à savoir que, souvent, les malades amaurotiques d'un œil voient des deux yeux dans la vision binoculaire, et passe en revue une série d'expériences qui mettent ce fait en lumière (expériences du prisme, du stéréoscope, de la boîte de Flees, de l'écran de Snellen) ; il fait observer que les résultats de ces expériences peuvent varier, mais qu'il suffit que l'une d'elles ait donné des résultats positifs pour que l'on soit en droit de conclure à l'hystérie.

M. Ballet admet que l'amaurose hystérique est une fausse amaurose ; l'hystérique amaurotique, dit-il, n'a pas conscience qu'elle voit ; mais en réalité, elle voit. Cet accident serait un phénomène de déficit, analogue au rétrécissement du champ visuel ; il résulterait directement de l'insuffisance de la perception personnelle liée elle-même au rétrécissement du champ de la conscience. Dans certains cas, cependant, l'amaurose hystérique unilatérale paraît devoir être rattachée au groupe des accidents mentaux par idée fixe.

A. Fenayrou.

II. Contribution a l'étude de l'hémiplégie infantile (variation de la résistance électrique) ; par MM. Vigouroux et Mally. (*Presse médicale*, 3 novembre 1897.)

Quelques auteurs ont signalé une diminution de l'excitabilité, c'est-à-dire une altération quantitative des réactions électriques des nerfs et des muscles du côté paralysé chez les hémiplégiques

d'origine infantile. MM. Vigouroux et Mally s'appuient sur les constatations qu'ils ont faites sur neuf malades dont ils rapportent les observations, pour établir qu'il n'y a aucune différence cliniquement appréciable entre le degré d'excitabilité des nerfs et des muscles du côté sain et du côté malade, mais qu'il existe seulement une augmentation très notable de la résistance électrique du côté paralysé. Cette augmentation de la résistance électrique est un symptôme du même ordre que l'abaissement de la température locale et les troubles de nutrition (Vuillaumier, Bourneville, etc.) ; il est à supposer que, comme ces troubles, elle résulte d'un ralentissement de la circulation des liquides dans le membre paralysé. A. F.

III. Saturnisme professionnel des ouvriers poudreurs employés dans les ateliers de décors de la porcelaine ; par M. le Dr Thouvenet. (*Limousin médical*, numéros de janvier, février et mars 1897.)

M. le Dr Thouvenet, chargé du cours de clinique médicale à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges, a étudié, dans le discours qu'il a prononcé à la séance de rentrée de l'Ecole, le 3 décembre 1897, le *saturnisme* professionnel des ouvriers poudreurs employés dans les ateliers de décors de la porcelaine.

De la description qu'il fait de cette intoxication chronique par les sels de plomb contenus dans les poudres dont se servent journellement ces ouvriers, nous retiendrons seulement cette particularité que l'encéphalopathie saturnine, accident rare et généralement tardif du saturnisme chronique, est apparue fréquemment dans le milieu où il a observé.

Dans certains cas, les plus nombreux, d'encéphalopathie saturnine, observés par M. Thouvenet chez des ouvriers poudreurs, le tableau clinique se rapprochait beaucoup de celui de la méningite tuberculeuse ; on constatait, effet, entre autres symptômes, de la céphalalgie, des vomissements, de la constipation, de l'abattement, du délire, des paralysies des nerfs craniens, des attaques épileptiformes, etc. Le diagnostic avec la méningite de la base reposait principalement sur la connaissance de la profession des malades et sur la constatation du liseré plombique. Cette forme d'encéphalopathie saturnine, dénommée par l'auteur, forme méningitique est toujours grave ; dans un des cas cités par M. Thouvenet, elle a entraîné la mort. Chez d'autres malades, l'intoxication a engendré des troubles cérébraux simulant un délire vésanique (forme délirante) ; une ouvrière a présenté pendant cinq jours un délire professionnel tranquille avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. Dans d'autres cas (forme convulsive), la maladie s'est traduite par des crises épileptiformes. L'auteur a observé aussi un malade

qui a présenté de la paralysie des membres supérieurs, portant sur les muscles extenseurs des doigts, de la main et du bras.

A. FENAYROU.

IV. NÉVROSES CONSÉCUTIVES AUX CYCLONES ; par le Dr HUGHES.

Comme toutes les grandes calamités physiques, le cyclone qui a dévasté la ville de Saint-Louis a eu son cortège d'affections névropathiques.

A côté de divers troubles mentaux, de diverses chorées ne présentant aucun signe qui puisse les différencier des troubles mentaux ou des chorées présentant une étiologie différente, l'auteur a observé plusieurs cas de tachycardie rythmique et arythmique. Dans un des cas rapportés il sagissait d'une tachycardie rapide avec insommie et anxiété constante. Les symptômes psychiques ont été rapidement atténués, mais il est resté une tachycardie arythmique rebelle a tout traitement.

Dans un autre cas, l'effet du cyclone fut une sorte de chorée hystérique, avec insomnie, anorexie, spasme du diaphragme, expression d'anxiété et de frayeur.

La chorée, l'anorexie et l'insommie cédèrent au traitement, mais l'anxiété et les troubles du rythme respiratoire persistèrent.

D'abord analogue au type de Cheyne Stokes, le trouble du rythme respiratoire se modifia pour être constitué par une série d'inspirations régulières, peu profondes, saccadées, au nombre de 12 à 14 par minutes, accompagnées de dyspnée. Peu à peu les choses rentrèrent dans la normale. (*The alienist and Neurologist*, janvier 1897.)

E. B.

V. ACROMÉGALIE CHEZ UN NÈGRE AGÉ DE QUATORZE ANS; par M. J.-A. VALDÈS. (*Presse médicale*, 22 septembre 1897.)

A raison de la rareté de l'acromégalie chez les enfants, l'auteur relate un cas de cette affection qu'il a observé chez un nègre âgé de quatorze ans. L'observation est accompagnée de photographies et des mesures anthropométriques du sujet. Le diagnostic a été basé sur la constatation des symptômes suivants : hypertrophie des mains et des pieds, augmentation de volume de la mâchoire inférieure, cyphose cervico-dorsale, céphalalgie, asthénie musculaire etc.

A. FENAYNOU.

VI. MYXŒDÈME DE L'ADULTE; par M. BRIQUET. (*Presse médicale*, 9 octobre 1897.)

Ce travail est basé sur l'observation d'une malade âgée de quarante-sept ans, atteinte de myxœdème depuis dix à douze ans. Cette affection semble avoir été provoquée par le surmenage (allai-

X. Sur un cas de myélite subaiguë dorso-lombaire; par MM. Ch. Mongour et Carrière. (*Presse médicale*, 7 juillet 1897.)

Les auteurs rapportent l'observation clinique et les résultats de l'autopsie d'une malade âgée de trente-et-un ans, chez qui se sont développés, un mois environ après un curettage utérin pour pertes blanches abondantes, les symptômes d'une myélite subaiguë dorso-lombaire.

Cliniquement, cette affection s'est écartée du type du genre décrit par Raymond en 1875, par les points suivants : l'anesthésie cutanée a coexisté jusqu'au dernier moment avec des douleurs spontanées très violentes dans les membres inférieurs, alors qu'il est de règle que les phénomènes douloureux disparaissent quand l'anesthésie cutanée se montre ; les réflexes étaient totalement abolis tandis que d'ordinaire ils sont exagérés.

Au point de vue anatomo-pathologique, il faut mentionner que les auteurs ont trouvé dans certaines cellules nerveuses, surtout dans la corne antérieure gauche de la moelle à la région lombaire, des lésions identiques à celles signalées par M. Marinesco : tuméfaction trouble, fusion des granulations chromatophiles, rupture des prolongements protoplasmiques, etc.

La présence de diplocoques dont la nature exacte n'a pu être déterminée, a démontré l'origine infectieuse de la maladie. On peut supposer que le curettage utérin, qui a précédé d'un mois l'éclosion de la maladie a créé une porte d'entrée au germe morbide.

A. Fenayrou.

XI. Qu'est-ce que la méningite ? par le Dr Christopher.

Les théories généralement admises sur la méningite sont que les symptômes constatés pendant la vie correspondent à des lésions existant dans les méninges.

Or, aucune preuve positive ne peut être faite qu'un exsudat sur les méninges puisse produire des symptômes du fait de sa localisation. Ce fait a paru longtemps établi en raison de la coïncidence fréquente des deux conditions, symptômes et lésions. Mais des cas peuvent se produire où lésions et symptômes ne coïncident plus et l'auteur en cite plusieurs exemples.

Dans un premier cas, un enfant présentait tous les signes cliniques d'une méningite tuberculeuse de la base avec photophobie, strabisme, pupilles irrégulières avec réflexes presque abolis, respiration irrégulière, pouls irrégulier, cri hydrencéphalique, etc..., si bien que le pronostic le plus grave fut posé, et cependant l'affection eut une terminaison favorable.

Dans un second cas, où l'enfant avait succombé avec des symp-

tômes méningitiques, l'autopsie ne montra aucune lésion pathologique appréciable des méninges et du cerveau.

Chez un autre malade mort de pneumonie sans avoir présenté aucun symptôme méningitique, l'auteur trouva à l'autopsie, en même temps que les lésions pulmonaires, une infiltration intense des méninges, en particulier dans la région médullaire, et pourtant, malgré les lésions classiques de la soi-disant méningite, aucun signe clinique n'avait permis de diagnostiquer ces lésions.

Si la méningite est une condition anatomique, nous devons admettre qu'on ne peut la diagnostiquer durant la vie avec certitude parce que les symptômes ne justifient pas les conditions anatomiques existantes.

Le terme de méningite sert pour couvrir un certain nombre de cas cliniques à pronostic défavorable : il serait préférable de reléguer ce terme pour désigner les conditions anatomiques et de donner une autre appellation pour décrire les conditions cliniques. (*The alienist and Neurologist*, avril 1897.) E. Blin.

XII. Épilepsie consécutive a l'encéphalite et épilepsie tardive ; par le Dr Kiernan.

L'épilepsie qui survient après vingt-cinq ans et l'épilepsie due aux formes variées d'encéphalite infantile présentent, de nombreux points communs. Cette dernière, toutefois, est plus fréquemment accompagnée de phénomènes trophiques des extrémités ; sous l'influence des bromures, les troubles mentaux ont une tendance à se substituer aux crises ; de plus les éruptions bromurées apparaissent avec plus de fréquence ; enfin à la place des crises se présentent parfois des troubles mentaux nocturnes à forme de somnambulisme.

Deux groupes de phénomènes caractérisent la physiologie pathologique de la crise épileptique : d'abord les conditions de l'épileptique dans l'intervalle des attaques, puis l'attaque elle-même. D'ordinaire, trop peu d'attention est apportée à la première des conditions. L'épileptique constitutionnel est caractérisé par une faiblesse générale du tonus, associée à une réaction, à une irritabilité exagérées. L'rritabilité nerveuse de l'épileptique se manifeste dans une direction spéciale.

Un important centre vaso-moteur des vaisseaux cérébraux existe sous forme de couche diffuse placée entre le thalamus et la région subthalamique en haut, et la décussation des pyramides en bas.

L'irritation de ce centre a comme résultat le spasme soudain des branches de la carotide, d'où production de l'inconscience, et perte du contrôle exercé par les centres supérieurs sur les réflexes à la façon d'un « shock » affectant les centres nerveux. La contraction des muscles de la nuque crée d'autre part un obstacle au

retour du sang veineux et détermine l'accumulation de ce sang veineux dans les capillaires du cerveau et de la moelle allongée.

L'opinion de Meynert que ce sang veineux agit alors comme agent toxique et produit les symptômes notés dans la période post-convulsive, a trouvé récemment sa confirmation par la découverte faite par Féré de toxines dans l'urine convulsive.

Après l'âge de vingt-cinq ans, et plus fréquemment entre trente-cinq et quarante ans, peut survenir chez des individus indemnes d'hérédité nerveuse, une épilepsie qui ressemble sous beaucoup de points à l'épilepsie de l'encéphalite.

Ces cas présentent une première période d'épuisement nerveux suivi par des états vertigineux accompagnés souvent de troubles sensoriels comparés par les malades au balancement des vagues.

Puis vient la perte plus ou moins complète de la connaissance avec ou sans convulsions motrices. Ces phénomènes sont dus à des toxines résultant de l'épuisement nerveux : leur apparition commence lorsqu'une des voies d'élimination des toxines et ptomanies produites à l'état normal dans l'organisme, se trouve supprimée.

Aussi faudra-t-il surveiller avec soin les fonctions du foie et le régime prendra-t-il dans ces cas une grande importance thérapeutique. (*The Alienist and Neurologist*, avril 1897.) E. B.

XIII. Sur les méthodes d'investigation psychophysique applicables aux aliénés; par le D[r] Sommer. (*Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, juin 1897.)

Pour fixer d'une façon durable la manière dont les processus psychiques supérieurs s'effectuent chez les malades, M. Sommer a composé différents schémas qui lui servent de réactifs psychophysiques. Celui qu'il présente dans ce travail est un schéma arithmétique. Les difficultés que l'auteur a eu en vue de résoudre au moyen de ce schéma sont les suivantes :

1° L'habileté avec laquelle l'individu examiné résout les quatre règles;

2° Son habileté à résoudre des problèmes variés;

3° Le temps qu'il emploie à les résoudre, c'est-à-dire la durée de la réaction psycho-physique;

4° Noter les phénomènes concomitants qui nous permettent de conclure à la modalité des processus psychiques chez cet individu.

M. Sommer a appliqué ce schéma à une série d'individus atteints d'affections différentes (imbécillité, épilepsie, etc.) et a noté, en comparant les résultats, quelques indications importantes pour le diagnostic différentiel. G. Deny.

XIV. Tétanos a frigore. Guérison; par A. Rives. (*Siglo medico*, mai 1897.)

Homme, trente ans, pas d'antécédents à noter, après un rude travail de nuit s'asseoit dehors sans ôter ses vêtements trempés. Le lendemain, courbature, raideur douloureuse à la nuque et difficulté pour ouvrir la bouche. Progression rapide des accidents ; le deuxième jour, trismus complet et intervalles d'opistotonos douloureux ; le troisième jour sueurs profuses, contracture des muscles de la face, opistotonos permanent, membres inférieurs en extension forcée, supérieurs en flexion, céphalalgie, dyspnée, pouls 93, t. 38°8 ; pas de miction depuis vingt-quatre heures, ventre tendu ; à la moindre impression, secousses convulsives très douloureuses exagérant les contractures pendant dix à douze minutes. Pas trace de la moindre plaie sur aucune région du corps, pas de traumatisme. Diagnostic rigoureux (ni rage, ni méningite, ni strychnisme) : tétanos. Traitement : chloral et bromure à haute dose, faute d'antitoxine ; aliments liquides. Diminution des paroxysmes au huitième jour ; éruption chloralique le dixième jour ; interruption et reprise nécessaire du traitement, amélioration progressive du huitième au trentième jour, guérison confirmée le quarante-deuxième jour. L'auteur discute toutes les théories étiologiques connues ; il se range à celle de Verneuil et plus spécialement de Colin, qui admet l'origine équine combinée à l'action du froid. Le malade de Rives était en rapport avec des chevaux comme laboureur, et avait pris froid ; la porte d'entrée du bacille n'a pas été trouvée. F. Boissier.

XV. Névroses tuberculeuses par Escuder. (*Siglo medico*, juin 1897.)

L'auteur cherche à établir la relation étiologique qui existe parfois entre l'hystérie et la tuberculose héréditairement ou directement. En y regardant de près, on voit souvent qu'une névrose est symptomatiquement diathésique : scrofule, herpès, tuberculose, chorée rhumatismale, angine de poitrine liée à la sclérose, etc.). Escuder a observé souvent la tuberculose dans les antécédents héréditaires des hystériques. D'un père phtisique naissent des enfants dont les uns meurent en bas âge de méningite tuberculeuse, tandis que d'autres ont simplement des convulsions et deviennent plus tard (puberté) des névropathes, hypocondriaques, hystériques, alcooliques ; d'autres enfin peuvent échapper à ces troubles ou sur le tard deviennent eux mêmes phitsiques. Beaucoup d'hystériques sont fils ou frères de tuberculeux. Fréquemment on observe l'alternance de la phtisie et de l'hystérie dans une même génération, ou l'alternance de poussées tuberculeuses et de

bouffées délirantes vésaniques chez un même malade. L'embarras est de savoir quelle est la pathogénie de ces rapports ; y a-t-il un état spécial latent du bacille produisant dans l'économie une altération organique correspondante, ou un état particulier des phénomènes intimes de la nutrition? Toujours est-il que névrose et phtisie semblent dans ces cas deux processus émanant d'un même substratum, deux fonctions d'un même facteur. D'ailleurs, plus on va, plus se restreint le champ des névroses et psychoses essentielles et sans lésions; plus ce champ sera défriché et connu, plus la thérapeutique gagnera en précision et en efficacité, surtout quand en matière de psychoses on aura substitué un traitement individuel rationnel aux routines des grands manicomes. C'est là décidément le *delenda Carthago* du très distingué M. Escuder.

F. Boissier.

XVI. Un cas d'atrophie musculaire progressive d'origine traumatique prise pour une hématomyélie spontanée ; par le Dr de Buck. (*Journ. de neurologie et d'hypnologie*, 1897, n° 11.)

Le malade qui fait l'objet de cette observation est un athéromasique qui fut pris brusquement, à la suite d'un effort, d'une douleur localisée à la région lombaire gauche. Quelques semaines après l'accident, des crampes douloureuses se déclarèrent dans le membre inférieur correspondant. On constata en outre une abolition ou une diminution des réflexes cutanés et tendineux des membres inférieurs, une diminution de la contractilité volontaire et électrique des muscles de ces membres, de la trépidation spinale, etc. Pas de troubles de la sensibilité. M. de Buck diagnostiqua une hématomyélie spontanée des cornes antérieures de la moelle lombo-sacrée, mais le malade étant mort quelque temps après, l'examen macroscopique de la moelle ne permit de constater aucune trace d'un exsudat sanguin intra-médullaire. On est donc conduit à penser qu'il s'est agi dans ce cas d'une atrophie musculaire progressive plus ou moins aiguë consécutive à un traumatisme de la moelle.

G. D.

XVII. Rapports des névroses (*hystérie, épilepsie, chorée*) avec la grossesse et l'accouchement ; par M. le Prof. Tarnier. (*Presse médicale*, 10 avril 1897.)

L'hystérie n'est d'ordinaire en rien modifiée par la grossesse ; rarement elle est atténuée ; quelquefois seulement elle est aggravée. Le pronostic de l'hystérie pendant la grossesse est donc bénin. D'autre part, la grossesse suit son cours normal. Dans la moitié des cas environ, la grossesse n'exerce aucune action sur l'épilepsie ou l'aggrave ; dans l'autre moitié, elle l'influence favorablement.

L'épilepsie est très rarement la cause de l'interruption de la grossesse. La chorée gravidique est souvent la récidive d'une chorée survenue dans l'enfance ; l'étiologie et la symptomatologie en sont les mêmes que celles de la chorée ordinaire. Le pronostic en est sérieux, puisqu'on note une mortalité maternelle de près de 30 p. 100 et que l'accouchement se fait avant terme dans 20 p. 100 des cas. A. FENAYROU.

XVIII. SUR UN CAS D'HÉMIANOPSIE HORIZONTALE INFÉRIEURE D'ORIGINE TRAUMATIQUE; par le prof. de LAPERSONNE et le Dr GRAND (de Lille). (*Presse médicale*, 10 avril 1897.)

Observation d'un malade qui, à la suite d'un violent traumatisme cranien, a présenté une hémianopsie horizontale inférieure symétrique. Ce symptôme persiste depuis dix-huit mois et paraît devoir être définitif. Pas de lésions de la papille ni de la rétine. Le malade n'est ni un hystérique ni un tabétique. L'hémianopsie qu'il présente semble pouvoir être attribuée à un épanchement sanguin sous-dure-mérien formant foyer non loin de la scissure perpendiculaire interne et détruisant l'écorce du cunéus.

Cette observation tend à établir l'existence réelle des hémianopsies horizontales, contrairement à l'opinion généralement admise, d'après laquelle ces hémianopsies ne seraient que des rétrécissements plus ou moins symétriques des deux champs visuels, dépendant des processus névritiques, et se transformant très vite en amaurose complète. Des épanchements sanguins, des abcès du cerveau, des tumeurs à localisation bien nette, peuvent entraîner des lésions suffisamment symétriques pour produire cette hémianopsie. A. FENAYROU.

XIX. PARALYSIE BULBAIRE ASTHÉNIQUE DESCENDANTE AVEC AUTOPSIE (*Syndrome d'Erb*); par MM. WIDAL et MARINESCO. (*Presse médicale*, 14 avril 1897.)

On n'avait constaté jusqu'ici aucune lésion anatomique à l'autopsie de sujets atteints de paralysie bulbaire asthénique ou syndrome d'Erb.

MM. Widal et Marinesco, ayant observé un malade atteint de paralysie bulbaire asthénique descendante, ont procédé après sa mort à l'examen anatomo-pathologique des centres nerveux et des nerfs, en utilisant les méthodes de coloration de Nissl, de Marchi et de Pal, et ont ainsi relevé l'existence de lésions dans les noyaux du moteur oculaire commun, du moteur oculaire externe, du facial, de l'hypoglosse, du spinal, de la substance grise antérieure cervicale, ainsi que dans les nerfs qui émanent de ces noyaux. Les lésions des cellules des centres nerveux consistent essentiellement

dans la désintégration des éléments chromatophiles : on retrouve les trois espèces de chromatolyse décrites par M. Marinesco, chromatolyse périnucléaire, diffuse ou périphérique. La substance achromatique présente dans certaines cellules un aspect translucide et teinté légèrement en jaunâtre ; mais nulle part on ne voit de désintégration de cette substance, ni de rupture des prolongements. Pas d'inflammation vasculaire ; les petites artérioles et les capillaires sont dilatés et hyperémiés, mais il n'y a pas d'hémorragies. Il existe des fibres dont la myéline est dégénérée, dans les troncs du moteur oculaire commun, du facial et de l'hypoglosse. Etant donné le type très variable des altérations des cellules des noyaux protubérantiels, il s'agit sans doute d'une altération primitive des centres nerveux ; il n'a pas été possible de savoir si les altérations des nerfs sont primitives ou secondaires. Les lésions constatées par les auteurs dans le cas qu'ils rapportent ont la même localisation que celles de la polioencéphalomyélite, mais leur nature et leur degré varient. On peut donc admettre que paralysie bulbaire asthénique et polioencéphalomyélite sont deux maladies différentes résultant de lésions distinctes des mêmes systèmes anatomiques. Du reste, l'on ne peut conclure définitivement d'un seul fait. Le syndrome d'Erb relève peut être de lésions de siège différent. A. FENAYROU.

XX. POLYURIE NERVEUSE ET POLYURIE HYSTÉRIQUE ; par M. E. BRISSAUD. (*Presse médicale*, 14 *avril* 1897.)

La polyurie dite essentielle est presque toujours un symptôme de l'hystérie. Le diagnostic de cette polyurie hystérique est faite lorsqu'elle est associée à d'autres symptômes de la névrose, à l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle par exemple ; mais lorsqu'on est en présence d'un cas de polyurie monosymptomatique, comment savoir qu'on a affaire à la polyurie hystérique, à la polyurie nerveuse des dégénérés, à la polyurie neurasthénique, etc. ?

D'après M. Babinski, toute polyurie monosymptomatique modifiée par la suggestion hypnotique est de nature hystérique. Mais ce moyen de diagnostic est souvent incertain ; la suggestion hypnotique est dans bien des cas impuissante et, de plus, elle a été suivie d'effets utiles chez des dégénérés simples non hysthériques.

La distinction est donc dans certains cas impossible entre la polyurie hystérique et la polyurie nerveuse des dégénérés, laquelle n'est qu'un syndrome de dégénérence analogue à ceux décrits par Magnan, avec lesquels il peut coexister. Cette distinction, il est vrai ne repose en réalité que sur une simple question de mots : certains soutiennent, en effet, que la condition *sine qua non* de la suggestibilité est l'hystérie et par suite, d'après eux, tout dégénéré influencé par la suggestion hypnotique est un hystérique ; de plus,

il est avéré que la plupart des hystériques sont des héréditaires dégénérés et, en renversant la proposition, que beaucoup de dégénérés ont l'hystérie en puissance. Parfois aussi le diagnostic de la polyurie neurasthénique est à peu près impossible.

Dans d'autres cas, lorsque par exemple une polyurie insipide rebelle se déclare à la suite d'un traumatisme cranien, ou au cours d'une affection cérébrale telle qu'une tumeur, le diagnostic peut offrir les plus grandes difficultés. L'hystérie peut, en effet, être la conséquence du traumatisme, mais le trouble sécrétoire peut aussi être la conséquence d'un trouble cérébral. On sait que l'hystérie se combine avec toutes les affections cérébrales, et plus spécialement avec les affections cérébro-spinales. Du reste, conclut l'auteur, puisqu'il n'y a pas une seule maladie qui, à un moment donné, ne soit un appel à l'hystérie, pourquoi nier l'existence d'une polyurie essentielle, maladie autonome aussi capable que tout autre de faire naître une hystérie d'occasion? A. Fenayrou.

XXI. Un cas de migraine ophtalmoplégique; par M. Bouchaud. (*Presse médicale*, 28 *avril* 1897.)

L'auteur rapporte un cas de migraine ophtalmoplégique différent de ceux qui ont été publiés précédemment par la date de son apparition et par son évolution. — La maladie s'est déclarée à un âge avancé (soixante ans) et non dans l'enfance, comme c'est la règle. De plus, tandis que d'ordinaire, elle débute par une série d'accès comprenant chacun une phase douloureuse et une phase paralytique et n'aboutit qu'au bout d'un certain temps à une paralysie permanente, il n'y a eu dans le cas présent qu'un seul accès et la paralysie, qui en a été la conséquence, a persisté. Ces deux particularités ne sauraient faire rejeter le diagnostic de migraine ophtalmoplégique; d'une part, si la maladie peut se développer à trente ans (cas de Charcot), il n'y a pas de raison pour qu'elle ne puisse pas apparaître plus tard; d'autre part, on conçoit très bien que le processus morbide qui, d'ordinaire, amène à la longue un état paralytique continu, ait pu se manifester avec assez d'intensité pour produire le même résultat dès le premier accès.

A. Fenayrou.

XXII. Les causes des paralysies récurrentielles; par M. M. Lermoyez. (*Presse médicale*, 5 mai 1897.)

L'auteur étudie en détail la physiologie pathologique du nerf récurrent et la pathogénie des paralysies récurrentielles, et formule les conclusions suivantes relatives au pronostic de ces paralysies : L'opinion classique, d'après laquelle une paralysie du récurrent est toujours incurable, demande à être revisée. A côté

des paralysies récurrentielles, toujours fonction de lésions mortelles, il en est un grand nombre qui ne comportent aucun pronostic grave, soit qu'elles guérissent, soit qu'elles ne soient nullement signe d'une affection mortelle.

On peut établir trois types principaux de paralysies récurrentielles : 1° La paralysie récurrentielle grave, qui mène à la mort, du fait des lésions qui l'ont déterminée; 2° la paralysie récurrentielle incurable, bénigne, simple infirmité compatible avec une survie indéfinie; 3° la paralysie récurrentielle et bénigne qui guérit sans laisser de trace de son passage, paraissant n'être que le résultat d'une névrite primitive dont le refroidissement serait un des facteurs. A. Fenayrou.

XXIII. L'insomnie par idée fixe subconsciente; par le Dr P. Janet. (*Presse médicale*, 28 juillet 1897.)

Ce travail est basé sur l'observation d'une malade de trente-sept ans, issue d'une mère hystérique, qui a perdu son enfant il y a trois ans et qui a été atteinte, quatre mois après, d'une fièvre typhoïde. Cette maladie a retenti sur son état mental et provoqué la transformation du regret de son enfant, qui jusque-là était resté dans des limites normales, en une véritable idée fixe s'accompagnant de gémissements continuels et provoquant même de véritables hallucinations visuelles. Mais au bout d'un mois ou deux, cette obsession a paru s'évanouir pour faire place à une autre préoccupation. La malade se plaignait d'une insomnie persistante; à son entrée l'hôpital, elle prétendait n'avoir pas dormi depuis deux ans. Pendant quatre mois, à la Salpêtrière, la surveillance la plus attentive ne permet pas de la surprendre une seule fois endormie.

Elle présente des troubles de la sensibilité (anesthésie, diminution du goût, de l'odorat et de l'ouïe; rétrécissement du champ visuel), une tendance aux attitudes cataleptiques et un certain degré de contracture qui se développe dans les jambes à la suite des attaques convulsives qui surviennent quelquefois.

On observe de l'amnésie continue. Conservation de la mémoire des faits antérieurs à la maladie actuelle, perte presque totale du souvenir des événements des deux dernières années. Disparition presque complète de toute activité intellectuelle. Inertie contrastant avec l'activité antérieure. Absence totale d'attention. De temps à autre, quelques troubles vaso-moteurs. Perturbation des fonctions digestives. Réduction notable des éléments constitutifs de l'urine. A noter qu'avant le début de l'insomnie la malade n'avait présenté aucun symptôme d'hystérie.

Dans les conditions ordinaires, la malade ne pouvait expliquer la cause de son insomnie; ce n'est que grâce aux pratiques hypnotiques que M. Janet a pu élucider la pathogénie de ce symptôme.

Cette cause n'était autre que l'idée fixe, plus ou moins modifiée, de la mort de son enfant ; cette idée, primitivement consciente, avait semblé disparaître ; en réalité elle avait persisté, mais était devenue subconsciente ; elle ne se développait plus complètement, au début de la maladie, que pendant les instants de sommeil et amenait aussitôt le réveil accompagné d'un grand sentiment de terreur. La reproduction fréquente de ces réveils terrifiants avait fini par amener la malade à ne plus même essayer de s'endormir. En s'opposant, par la suggestion pendant le sommeil hypnotique, à l'apparition de cette idée fixe, M. Janet est arrivé à faire dormir sa malade pendant plusieurs heures. Mais, dès qu'il l'abandonnait à elle-même le réveil survenait fatalement au bout de deux ou trois minutes.

Les réflexions suggérées à l'auteur par cette observation, peuvent se résumer ainsi : « 1° L'insomnie persistante peut être un phénomène hystérique ; 2° elle détermine un affaiblissement énorme des phénomènes de synthèse mentale qui se manifeste surtout sous forme d'aboulie et d'amnésie continue ; 3° cette insomnie se rattache dans certains cas à des phénomènes de somnambulisme plus ou moins complet ; 4° elle peut dépendre, comme les somnambulismes eux-mêmes, de la persistance de certaines idées fixes subconscientes plus ou moins méconnues ; 5° enfin, elle est guérie facilement par le traitement des idées fixes elles-mêmes. »

A. Fenayrou.

XXIV. Paralysie ascendante aiguë; par MM. Hirtz et Lesné. (*Presse médicale*, 12 juin 1897.)

Après avoir relaté la variabilité de l'étiologie, de la symptomatologie, de l'évolution et de l'anatomie pathologique de la paralysie ascendante aiguë, les auteurs rapportent un cas de cette affection qu'ils ont observé.

Il s'agit d'une femme de vingt-deux ans, sans autres antécédents que la rougeole et la coqueluche, chez qui s'est manifestée brusquement et sans cause connue au troisième mois d'une grossesse, de la parésie, presque aussitôt transformée en paralysie, des membres inférieurs, puis du membre supérieur droit. Le membre supérieur gauche, envahi en dernier lieu, n'a été qu'incomplètement paralysé. Aucun accident bulbaire ne s'est produit au cours de la maladie. Mais des troubles trophiques n'ont pas tardé à apparaître. L'état de la malade est resté à peu près stationnaire pendant deux mois environ, jusqu'à sa mort survenue par suite d'une broncho-pneumonie.

A l'autopsie, on n'a trouvé aucune lésion appréciable dans les nerfs périphériques (médian, cubital, sciatique, etc.). Les méninges rachidiennes étaient congestionnées. Il existait aussi de la conges-

tion des vaisseaux de la substance blanche et de la substance grise médullaire, surtout dans les cornes antérieures; la gaine périvasculaire contenait des cellules rondes lymphatiques. Pas de dégénérescence de la substance blanche. Cellules de la corne postérieure intactes. Les cellules de la corne antérieure étaient altérées; beaucoup d'entre elles avaient disparu, d'autres étaient hypertrophiées, d'autres atrophiées; le corps cellulaire avait une teinte uniforme nébuleuse certains noyaux étaient tuméfiés, se coloraient mal ou pas du tout; il en était de même du nucléole. Par places, ces noyaux au lieu d'être centraux, étaient refoulés à la périphérie de la cellule. Ces lésions très prononcées à la région lombaire allaient en s'atténuant de bas en haut; au-dessus du renflement cervical, les cellules ganglionnaires se présentaient avec leurs caractères normaux; mais les altérations vasculaires ne disparaissaient que dans le bulbe. Les racines rachidiennes paraissaient intactes.

En somme, la maladie a présenté les particularités suivantes : début brusque en état de santé parfaite; paralysie ascendante ne gagnant pas le bulbe; altérations médullaires considérables sans névrite périphérique appréciable. A. Fenayrou.

XXV. Maladie familiale a symptomes cérébro-médullaires; par Pauly et Bonne. (*Revue de médecine*, mars 1897)

Maladie survenue chez trois frères à antécédents et hérédité pathologique nuls. Les trois sujets ont actuellement vingt-six, vingt-trois et huit ans. Les premiers troubles sont survenus à douze et quatorze ans chez les deux aînés, à six ans chez le plus jeune; ils ont commencé par du nystagmus et des troubles légers de la marche. Ils sont allés s'accentuant progressivement, et actuellement les trois frères ont un aspect caractéristique: nystagmus, bradylalie, tremblement intentionnel des membres, exagération des réflexes. Chez les trois il y a contraction, toutefois plus prononcée chez le plus jeune, rappelant un peu une maladie de Little. Chez les deux autres, la démarche est plutôt titubante.

Ces cas correspondent assez bien au type de la maladie familiale: similitude des symptômes chez plusieurs enfants d'une même génération, début à peu près au même âge, indépendance de toute influence extérieure.

Sans vouloir préciser la place dans un cadre nosologique de cette affection dont la vérification anatomique manque, les auteurs inclinent à en faire une forme de transition entre l'hérédoataxie cérébelleuse et les affections décrites sous le nom de sclérose en plaques ou diplégie spastique héréditaire ou familiale.

M. Hamel.

XXVI. Contribution a l'étude des lésions médullaires dans l'anémie pernicieuse protopathique; par E. Lenoble. (*Revue de médecine*, juin 1897.)

Cas d'anémie pernicieuse primitive survenue chez un homme de vingt-six ans jusqu'alors très bien portant et qui, à la suite d'un traumatisme violent reçu dans le sein droit, commença à présenter de l'amaigrissement, de l'anémie qui allèrent en s'accentuant, s'accompagnant de selles foncées, de toux sanguinolente, vertiges, céphalée intense, hyperesthésie de la peau. Contraction fibrillaire et fasciculaire des muscles au toucher; exagération des réflexes, trépidation épileptoïde du pied. Cet état alla s'aggravant et le malade mourut par cachexie au bout de cinq mois.

A l'autopsie, sur des coupes de la moelle à différentes hauteurs, petits foyers hémorrhagiques allant de l'ectasie simple à l'hémorrhagie diffuse avec infiltration embryonnaire, prolifération de la névroglie, disparition partielle de la myéline; les cylindraxes ne présentent pas d'altération, les cellules sont respectées, mais il y a raréfaction de leur feutrage intermédiaire. En somme, lésions diffuses et interstitielles, expliquant en partie les phénomènes d'irritation constatés pendant la vie.

L'intérêt de ce cas consiste dans la rapidité de l'évolution de la maladie et dans l'apparition tardive des lésions médullaires, qui ont permis de surprendre dès leur début des lésions dont les autopsies n'avaient jusqu'ici que signalé l'altération définitive. M. H.

XXVII. De la psychose polynévritique; par Soukhanoff. (*Revue de médecine*, mai 1897.)

Après un court résumé historique des travaux faits sur cette question (Korsakoff, Bobinski, Haury, Atwood, Rose, Frischer), l'auteur apporte douze cas observés à la clinique psychiatrique de Moscou. Il appelle surtout l'attention sur les amnésies spéciales qui accompagnent cette affection et qui sont presque pathognomoniques. Ces troubles de la mémoire s'observent tantôt sous forme d'oubli permanent (amnésie connue), tantôt sous forme d'amnésie rétrograde. A côté de cette forme d'oubli, qui est un symptôme presque constant, la névrite multiple est souvent accompagnée de *pseudo-réminiscences;* en même temps qu'ils oublient tout ce qui se passe autour d'eux, les malades forgent par amnésie des histoires invraisemblables.

Tous ces troubles de la mémoire surviennent dès le début de la maladie, et en général leur accentuation est un indice d'état général et de pronostic plus graves.

D'après les observations de l'auteur, l'état psychique des malades

qu'il a observés est celui d'une démence progressive : diminution de l'affectivité ; lenteur de l'idéation, état apathique.

La psychose polynévritique forme-t-elle une entité morbide spéciale ?

Il arrive dans certains cas que les symptômes de névrite sont à peine prononcés; ce sont les symptômes mentaux qui dominent toute la scène ; la mémoire est affaiblie, il existe des pseudo-réminiscences, tandis que l'affection des troncs périphériques ne se traduit que par des douleurs insignifiantes des membres.

Certains auteurs (Babinski, Henry), s'appuyant sur quelques-uns de ces cas, pensent qu'il n'y a pas lieu d'établir un lien organique entre cette psychose et la polynévrite. Ce n'est pas l'opinion de M. Soukhanoff : Que les troubles mentaux soient au premier ou au second plan, le tableau de cette psychose est toujours très caractéristique; d'ailleurs les symptômes de polynévrite sont toujours contestables et les autopsies qui ont pu être faites ont toujours révélé une lésion des nerfs périphériques et de la moelle.

La cause de la polynévrite semble se rattacher à une auto-intoxication, mais la cause première semble être l'alcoolisme dans la plupart des cas.

C'est surtout dans les cas d'origine nettement alcoolique qu'on observe une prédominance des troubles psychiques. Ces cas sont également ceux dont le pronostic semble le plus grave.

Cela pourrait s'expliquer par ce fait que chez les alcooliques le cerveau, organe d'élection du poison, a été déjà touché, « de sorte que l'auto-intoxication, lorsqu'elle survient, intéresse plus facilement le cerveau que les nerfs périphériques ».

M. Hamel.

XXVIII. Un cas de gliome cérébral; par Devic et Courmont. (*Revue de médecine*, avril 1897.)

Gliome chez une femme de quarante-six ans, survenu sans cause appréciable.

Début par une céphalée intense; troubles mentaux consécutifs caractérisés par des altérations de la mémoire, de l'apathie, des idées de suicide, *des attaques de sommeil* et notamment *des accès d'automatisme ambulatoire* qui duraient quelquefois trois heures; finalement hémiplégie gauche presque totale.

Dix mois environ après les premiers accidents, on fit la trépanation et l'ablation d'un gliome de la région frontale droite.

Il y eut, les jours qui suivirent, une notable amélioration des troubles mentaux, disparition complète de la céphalée et diminution de la paralysie. Cette amélioration alla s'accentuant pendant quatre mois, lorsque la malade fut enlevée par un érysipèle migrateur de la face.

Ce cas montre que des troubles mentaux spéciaux, accès de sommeil, automatisme ambulatoire peuvent accompagner une compression de la région frontale, et il est en outre intéressant par ses résultats post-opératoires.

XXIX. Sur un cas particulier de cécité psychique; par Lépine. (*Revue de médecine*, juin 1897.)

On sait que la cécité psychique des mots est caractérisée par l'impossibilité pour le malade de comprendre la signification des mots qu'il lit. L'auteur rapporte ici le cas d'un paralytique général qui au cours de sa maladie était atteint d'une cécité psychique particulière s'adressant seulement aux objets : le malade sait bien le nom des objets qu'on lui pose, mais il a absolument perdu la notion de leur usage. Il n'y a ni aphasie ni agraphie.

Des cas analogues ont déjà été décrits par quelques auteurs, entre autres par Kussmaul, qui lui avait donné le nom d'apraxie. Cet état peut aussi être rapproché de « l'imperception » de Jackson et de l'asymbolisme de Wernicke. M. Hamel.

HYGIÈNE SOCIALE.

L'ALCOOLISME AU CONGRÈS DE BRUXELLES;

Par M. le Dr LEGRAIN,
Médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard [1].

La recherche des causes de l'alcoolisme. — Si le vieil adage : *Sublatâ causâ, tollitur effectus*, est rigoureusement vrai, on comprend le zèle incessant des hommes de science et des sociologues pour la recherche des causes de l'alcoolisme. Mais il faut bien dire que cette recherche n'a produit encore aucun résultat pratique de quelque valeur. L'alcoolisme n'est pas un effet simple, mais une série d'effets aux multiples aspects. Les causes sont aussi nombreuses et aussi inextricables. Quand on parle des causes de l'alcoolisme c'est bien d'un enchaînement de causes et d'effets à réper-

[1] Ces chapitres sont extraits du rapport présenté à M. ministre de l'Intérieur, par M. le Dr Legrain, délégué officiel de la France au Congrès.

cussion infinie qu'il faudrait parler, jusqu'au moment où l'on se trouve face à face avec la *cause* vraie, l'unique cause qui est l'alcool lui-même, et où l'on se trouve acculé à cette nécessité d'avouer que le vrai, le seul moyen de supprimer l'effet alcoolisme, c'est de supprimer l'alcool. Dans sa grossière naïveté que La Palisse signerait et qui ferait sourire, j'ai dit une vérité simple que la sagesse humaine, quelle qu'en soit la forme, devrait bien reconnaître pour résoudre d'un seul coup, par l'abstinence volontaire du poison, l'obsédante question des causes de l'alcoolisme.

Mais puisque la raison et la logique ne sont pas toujours le propre de l'homme enclin à toutes les faiblesses passionnelles, il faut bien risquer, pour résoudre le problème, au moins sous quelques-unes de ses faces, de partielles explications.

Sur le terrain étiologique les observateurs se rencontrent difficilement : tout dépend, c'est fatal, de l'angle sous lequel on envisage la question et des circonstances où l'on opère.

Une des thèses les plus intéressantes est, à coup sûr, celle qui considère l'alcoolisme comme un phénomène de *biologie sociale*. C'est placer la question sur un terrain très vaste, fécond en aperçus, sinon en conclusions pratiques, et sur lequel nous avons eu plaisir à suivre M. Van den Corput, sénateur belge.

Le fléau alcoolique serait le résultat d'un défaut d'équilibre entre le coefficient de résistance de l'organisme humain et les conditions nouvelles que nous ont créées les grandes découvertes modernes. Ce serait une conséquence fatale, mais passagère, de la lutte que l'homme se voit obligé de soutenir entre les exigences intensives de la vie actuelle. L'organisme humain n'est plus en rapport avec l'organisme économique. La vie torrentueuse que nous menons nécessite un surcroît de dépense d'énergie à la production de laquelle l'espèce n'a pas été progressivement adaptée. D'où pour elle l'infériorité dans la lutte. En somme, l'alcoolisme moderne, fléau généralisé, représente une nouvelle crise de l'histoire de l'humanité.

Le travailleur, surmené, cherche à soutenir son énergie par l'excitation factice de l'alcool, tandis qu'il devrait, s'il était suffisamment éclairé, et sous peine de déchéance, renouveler le fonds perdu des forces vives de l'organisme. C'est donc par un enchaînement spécial, corrélatif et graduel, par l'usage d'une alimentation protéinique, phosphato-azotée qui se substituera peu à peu au régime hydrocarboné de l'inébriation alcoolique, que l'on obtiendra la guérison de l'alcoolisme.

M. Van den Corput ne croit pas que l'alcoolisme soit une fonction de l'industrialisme du siècle. Il ne croit pas que le travail intensif qui résulte des transformations industrielles nécessite l'usage de l'alcool. Cette thèse consacrerait une erreur physiologique. Si, en effet, l'alcool excite, il épuise. Il est faux qu'une stimulation

artificielle puisse être obtenue sans surcroît de dépense, ni usure. La stimulation de l'alcool n'est que le premier degré de l'intoxication éthylique. Celui qui en *use*, *s'use*. L'individu alcoolisé doit être classé parmi les individus incapables ou malfaisants.

Mais ici l'auteur, qui est théiste et cause-finalier, reprend espoir. D'une part l'humanité déchoit, mais elle est aussi perfectible. Amalgamant les lois darwiniennes de l'évolution avec la conception religieuse d'une harmonie fatidique de la création, il croit que l'alcoolisme est, en quelque sorte, un mal nécessaire, parce qu'il est l'agent de la sélection qui fait disparaître les inutiles. Dans la lutte pour la vie, l'alcool est intervenu ; place aux forts qui auront su s'en affranchir et résister à cette nouvelle épreuve évolutive !

Il suit de tout cela que le correctif du vice alcoolique est tout physiologique : c'est le relèvement des forces neuro-musculaires par un entraînement éducatif et hygiénique convenable, mais surtout par une alimentation appropriée.

Mais, hélas ! si M. Van den Corput nous indique le remède, il ne nous indique pas les moyens de l'appliquer. Nous le savons fort bien depuis longtemps : tout homme qui boit de l'alcool, croyant qu'il s'alimente, fait fausse route. Nous savons très bien que quiconque a la sagesse de remplacer un verre de vin par un morceau de pain rentre bien dans les conditions hygiéniques indiquées par la physiologie normale. Mais le moyen de convaincre le buveur d'alcool ? L'alimentation phosphato-azotée est à la disposition de tout homme qui peut dépenser deux sous pour un verre d'eau-de-vie ! Pourquoi ne la prend-il pas ? Peut-être y aurait-il là une autre cause que M. Van den Corput n'a pas bien aperçue. Et l'examen de cette nouvelle cause nous conduirait à l'examen d'une troisième, sans que jamais nous en apercevions la fin.

. . . .

Asiles pour buveurs. — La déchéance appliquée au buveur dangereux, son exclusion du sein de la famille par le divorce, son interdiction légale le frappent peu à peu d'un ostracisme très légitime. Que va-t-il faire désormais isolé au sein de la société qui s'en méfie et le stigmatise, cet être dégradé devenu passif autant par son annihilation en tant qu'unité sociale, que par sa passion pour l'alcool ? La prison lui ouvre souvent ses portes. D'autres ont songé à lui tendre la main et à le relever.

Nous connaissons mal en France ces admirables sauveteurs qui ont pris naissance en Suisse il y a tantôt quinze ans et qui, simples infirmiers qu'ils se nomment, n'ont pas craint de descendre dans le ruisseau, de tendre la perche à l'être repoussant qui s'y noie, de le relever, de le guérir, souvent après des séries de rechutes et de repêchages qui ne lassent jamais leur patience. J'ai le devoir,

vivant dans un contact incessant avec les victimes du mal et sachant ce qu'il faudrait d'héroïsme pour vaincre les obstacles d'une cure difficile, de rendre hommage à la *Croix-Bleue*, dans la personne de son éminent président et fondateur : le pasteur Rochat, de Genève.

L'idée de considérer le buveur comme un être en détresse morale était sublime et devait conduire à l'idée, également mal connue en France, de soigner le buveur comme un malade. Malgré les efforts d'ignorants ou partiaux détracteurs, il est du devoir de ceux qui ont vu, d'affirmer bien haut que le buveur est dans un grand nombre de cas un être curable et que la cure du buveur est une des formes les plus intéressantes de l'assistance publique. Je dirai même qu'elle est des plus urgentes. Hésitera-t-on pour le morphinisé, pour l'éthérisé ? Et ne doit-on pas tenter pour l'alcoolisé ce que l'on considère comme tout simple pour les autres victimes des poisons intellectuels que notre humanité décadente a mis à la mode ?

Le Dr Forel, professeur à l'université de Zurich, psychiatre distingué autant que philanthrope éclairé, fut un des premiers qui réalisa, en Suisse, le système de la cure des buveurs par l'internement dans un asile. Les résultats obtenus n'ont pas beaucoup surpris les congressistes, gens déjà convaincus; mais il est bon de les faire connaître chez nous, aux esprits frondeurs, auxquels un vernis clinquant tient lieu de science.

Sur 296 buveurs, traités de 1889 à 1895 inclus, sont restés après leur sortie :

Abstinents complets	129	soit	43,6	p. 100
Modérés	74	—	25	—
Inconnus ou redevenus buveurs	93	—	31,5	—

L'année 1895 a donné 58 sorties :

46 abstinents	soit	79,2	p. 100
6 modérés	—	10,3	—
6 retombés ou inconnus	—	10,3	—

Des résultats analogues sont constatés dans tous les pays qui n'ont pas craint de saisir au collet le buveur dangereux, gênant pour la liberté d'autrui, et de le colloquer à temps dans un asile. Puisque, d'ailleurs, il faut purger la société de ce déchet, n'est-il pas plus convenable de tenter son relèvement que de l'enfouir *in carcere duro ?* En somme, les asiles de buveurs ne sont qu'une des formes extérieures du mouvement qui s'est opéré dans les idées en matière de criminologie et de pénologie depuis quinze ans. Quiconque en sourirait, méconnaîtrait gravement les bienfaits de l'indulgence substituée au châtiment, du système de la libération conditionnelle et de la loi Bérenger.

La Suisse, les États-Unis, la Tasmanie, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Zélande, Victoria, le Canada ont des lois qui consacrent le principe de l'internement d'office et s'en trouvent bien. D'autres pays, l'Angleterre, l'Allemagne, l'Autriche, préparent des lois semblables ou possèdent déjà des asiles de buveurs.

A quand le tour de la France ? Faut-il compter comme une tentative sérieuse l'essai, plus apparent que reél, de sélection qu'on a réalisé à Ville-Évrard, avec le concours du Dr de Montyel qui, depuis, m'a transmis cette esquisse de service d'alcooliques? Cette tenfative est la négation même des principes les plus élémentaires qui doivent présider à l'organisation de la cure systématique des buveurs, si l'on en croit les gens expérimentés. Il n'y a que le bon public égaré par des journaux trop légèrement renseignés, qui puisse croire encore à l'existence en France d'un asile de buveurs. Il existe bien un lieu où s'entassent pêle-mêle des êtres qui ont bu de l'alcool avec exagération. Il est bien réel qu'on leur donne de l'eau à boire, comme on ferait à la salle de police. Là s'arrête la cure.

Il y a bien des causes à ce malheur, causes qui ne sont pas imputables, je me hâte de le dire, à mon prédécesseur pas plus qu'à moi-même ; ce n'est pas le lieu de les énumérer. Il en est une pourtant que j'éprouverai du soulagement à souligner : l'asile de Ville-Evrard possède une ceinture d'ignobies bouges rappelant ces champignons vénéneux qui croissent comme autant de parasites, au détriment de toutes les agglomérations, et qui déversent leur poison jusque parmi les malades que l'asile devrait protéger. Quel est l'homme énergique qui fera des décombres de ces bâtisses déshonorantes ?

Peut-on encore envisager comme un asile de buveurs cette énorme caserne dénommée 5e asile, qui s'étale aujourd'hui dans le domaine de Ville-Evrard, qui doit contenir 1.200 malades sans compter le personnel et qui doit, paraît-il, abriter 500 alcooliques ! Le conseil général de la Seine a commis là une bien grosse erreur. Que n'a-t-on éclairé cette honorable assemblée toujours si prête à sacrifier ses millions pour le bien public ! Et la commission chargée de juger les plans des architectes a assumé une bien lourde responsabilité vis-à-vis des gens de goût ou de science qui plus tard jugeront son œuvre.

Je ne sais ce qu'il adviendra de ce monument après son parachèvement, mais il est grandement désirable tout au moins qu'on ne parle plus d'y colloquer des buveurs.

C'est là qu'on en est chez nous quand partout le problème a reçu ou est en voie de recevoir une solution conforme aux données de la science et de l'expérience.

A Bruxelles, deux points ont particulièrement appelé la discussion. L'un d'eux, exposé par le Dr Forel, a trait aux meilleurs

modes de traitement de l'alcoolisme chronique et de la dipsomanie.

Il n'y en a qu'un, c'est évident : l'abstinence. Mais elle doit être pratiquée selon certaines conditions qui sont d'abord : l'internement pendant six mois au moins, dans un asile de buveurs; puis l'exemple du médecin de la famille ou d'un ami, la création d'un milieu de sociabilité abstinente, la création de restaurants de tempérance. A l'asile de buveurs, tout le monde doit être abstinent, y compris le directeur et le médecin. Le travail doit être obligatoire et la discipline sévère. Un lien doit être créé entre les buveurs relevés et l'asile.

Le Congrès a porté ensuite la question sur le terrain juridique. M. Thiry, prefesseur de droit criminel à Liège, a supérieurement traité la question de droit et établi sans peine les prémisses de la réforme comportant la séquestration des alcoolisés, à savoir que l'État a le droit d'attenter à la liberté d'un citoyen déclaré nuisible. C'est un droit de légitime défense, de légitime protection, qu'il doit exercer contre les ivrognes d'habitude. Il a montré que l'asile ne devait pas avoir un caractère répressif. Magistrat tout à fait dans le mouvement, il fait volontiers litière des vieilles doctrines pénales : pour lui, l'ivrogne est avant tout un malade. S'il est nécessaire de le colloquer pour le rendre inoffensif, il n'est pas moins urgent de le traiter.

J'ai eu la vive satisfaction de rencontrer dans la bouche d'un juriste éminent les arguments que j'avais, il y a quelques années, développés devant la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance publique, et où j'étais témérairement en contradiction avec l'honorable M. Muteau, ancien premier président à la cour de cassation[1].

. . . .

Questions de physiologie et de médecine. — L'étude de l'action physiologique et pathologique des alcools est de celles qui ont le moins chômé. Peu de physiologistes n'ont pas renouvelé cent fois le massacre des lapins et des cobayes à coups d'injections d'eaux-de-vie, de furfurol et d'absinthe. Peu de cliniciens ne se sont exclamés sur les désastres qu'engendre l'usage abusif et même modéré des spiritueux dans l'organisme humain. Si les économistes et les hommes politiques avaient bravement emboîté le pas des hommes de science, et instruit, au point de vue social, le procès de l'alcool, comme le médecin l'a fait au point de vue individuel, il y a gros à parier que je n'aurais pas besoin aujourd'hui d'écrire les présentes lignes.

[1] Dr Legrain. Du principe de la liberté individuelle dans ses rapports avec la séquestration des buveurs d'habitude. — Mémoire de 1894.

Quoi qu'il en soit, et bien qu'il n'y ait plus, c'est probable, de bien grosses découvertes à faire dans le domaine physiologique et médical pour édifier les gens (la seule vue d'un ivrogne dans les rues n'est-elle pas un enseignement éloquent, l'enseignement par l'aspect ?), les communications scientifiques ont toujours tant d'attrait qu'on leur fait fête dans nos congrès. Et c'est bien juste. Nos assemblées anti-alcooliques fourmillent de gens qui se sont fait de l'activité un devoir ; ils n'aiment pas à piétiner sur place comme tant de parleurs et d'écrivassiers qu'on pourrait citer ; lutteurs déterminés qu'ils sont, il leur faut des armes; nous seuls pouvons les leur fournir.

La querelle entre modérés et abstinents, très chaude à Bâle, avait perdu de son ardeur à Bruxelles. On sent très bien que la cause de l'abstinence, celle de la logique par conséquent, fait d'énormes progrès chez les antialcoolistes au fur et à mesure qu'ils s'éclairent davantage. Çà et là seulement quelques attardés, eux-mêmes buveurs d'alcool qu'ils aiment (modérément, il est vrai !) dont il leur serait pénible de se priver, et qui néanmoins veulent se donner des airs de matamore fulminant contre le minotaure moderne. Et c'est tout ! Le reste était convaincu, bien convaincu. L'alcool est un poison : la physiologie, la médecine nous le démontrent péremptoirement ; il suffit d'ouvrir les yeux pour en être péniblement persuadé. Pourquoi donc ne pas le supprimer d'emblée, radicalement, au lieu de chercher de sottes et de mauvaises raisons ? Il serait plus loyal d'avouer humblement que l'on a un faible pour les produits chimiques !

L'honorable M. Lentz, directeur de l'asile de Tournai, a cru bon de se faire le champion des modérés. C'était à coup sûr un courageux, puisqu'il luttait contre cent. Il n'avait pas l'espérance de vaincre d'ailleurs, pensant que la question de la modération et de l'abstinence est moins une affaire de science que de dogme. Or, dans les questions de sentiment, il est difficile de raisonner. A quoi bon le faire alors, mon cher confrère, et dépenser en pure perte autant de pages de votre beau style ? Mais tous les abstinents ne sont pas des dogmatiques ni des sentimentaux ; j'en veux être une preuve. Suivons donc votre raisonnement.

M. Lentz pense qu'avant de se demander si un principe est bon, il convient souvent de connaître d'abord s'il est pratique. C'est, si je ne me trompe, la formule même de la morale de l'intérêt. C'est une morale comme une autre, très en honneur de nos jours ; j'ai la naïveté de croire que ce n'est pas la bonne.

Théoriquement l'abstinence est-elle préférable ou non ? Pour M. Lentz, cette question se pose pour toutes les jouissances humaines, qui portent en elles-mêmes la cause de l'abus qu'on en fait, avec ses conséquences nuisibles. Il n'y a pas de jouissance ou de passion qui soit absolument inoffensive pas plus qu'il n'en

est d'absolument nuisible, c'est une question de dose ou d'opportunité. Une distinction entre les jouissances nuisibles et les salutaires est artificielle.

D'ailleurs, une passion pousse l'autre. Si l'homme n'avait pas l'alcool, qui dit qu'il ne chercherait pas autre chose? Il est donc difficile de dire à l'avance que telle ou telle jouissance soit destinée à rester confinée dans le cercle d'un usage modéré, tandis que telle autre s'étendra et amènera des conséquences funestes. C'est une affaire de condition, de lieu, de circonstance. Il faut être éclectique et ne jamais poser de principe absolu. Les abstinents par principe devraient étendre ce principe à toute espèce de jouissance. Mais, le bien-être moral et matériel est un des buts de l'existence; il est basé sur les sentiments de satisfaction que procurent à l'homme les moyens de jouissance que peut lui offrir la nature. Cette satisfaction est un facteur nécessaire à la vie; on n'en peut faire abstraction, d'où il suit que la modération doit l'emporter sur l'abstinence.

En pratique, se demande alors M. Lentz, étant donnée la situation sociale actuelle, y a-t-il plus d'utilité à prêcher l'abstinence? L'abstinent, dit-on, peut être aussi heureux, aussi bien portant que le modéré. Pour le bonheur, c'est peut-être le fait de quelques-uns, mais il ne faudrait pas généraliser. Pour la santé, on peut admettre qu'on peut très bien vivre sans recourir aux spiritueux. Mais combien y a-t-il de vieillards indemnes de maladies? Il est vrai qu'on peut alors considérer l'alcool comme un médicament. C'est un expédient peu digne. Si le vieillard est en bonne santé, pourquoi le priver d'un verre de vin qui est un plaisir à cet âge où les plaisirs deviennent rares?

Du vieillard si l'on passe au travailleur malheureux et surmené, M. Lentz admet que l'usage modéré des boissons fermentées ne peut être nuisible et peut même être utile. L'abstinence ne convient qu'à ceux qui ont le nécessaire pour bien vivre : alimentation, logis, chauffage, etc. L'eau d'ailleurs n'est pas toujours potable, c'est un véhicule de maladies. La science prémunit contre les dangers de l'eau, et les abstinents voudraient en généraliser l'usage exclusif!

Au point de vue de la propagande, les sociétés de tempérance ne doivent-elles pas, tout en prêchant ne fût-ce que la modération, pratiquer l'abstinence à titre d'exemple? Il est certain, dit M. Lentz, que le buveur ne peut être relevé que par l'exemple de l'abstinence totale. Mais quand il s'agit d'amélioration sociale, il faut prendre les gens avec leurs défauts et leurs vices et marcher avec la moyenne générale des hommes. Il ne faut pas oublier que ceux-là seuls sont facilement sages qui n'ont pas de passion. Mais combien les faibles ont besoin de lutter! Demander l'abstinence dans ce siècle de vin, c'est poursuivre une chimère.

D'ailleurs on a, pour M. Lentz, beaucoup exagéré l'influence des sociétés d'abstinence. Elles pourraient bien ne renfermer que des gens sobres par nature et par tempérament. Alors, à quoi peuvent-elles servir? Elles n'ont de valeur que par les conversions et les cures qu'elles entraînent. Mais M. Lentz, qui sans doute ferme les yeux pour les besoins de sa cause, n'est pas encore convaincu que ces résultats existent. C'est parfois tout autant l'intérêt personnel que le désir de s'amender qui pousse les gens dans les sociétés d'abstinence.

M. Lentz accorde toutefois qu'il est bon de prêcher d'exemple, mais qu'il est faux de chercher d'imposer l'abstinence à tout le monde. Si les sociétés de tempérance n'ont à leur actif que de ramener quelques buveurs, elles manquent à leur but social. Quant à la définition de la modération, qui seule doit être prêchée, c'est une affaire de sens pratique, très facile à résoudre, paraît-il. L'idéal de l'abstinence, qui doit être imposé à tout membre de société de tempérance, est, pour Lentz, celle des alcools et liqueurs distillées

Mais, savez-vous, monsieur Lentz, que vous capitulez joliment avec vos principes de tout à l'heure. Et quand nous arrivons aux conclusions de votre rapport nous commençons à nous entendre[1]. N'était-ce pas à prévoir, avec un homme de votre sens et de votre valeur? J'ai le regret que la place me manque pour répondre point par point à l'argumentation de M. Lentz. J'aurais l'espoir d'émousser fortement les pointes d'épicurisme, de scepticisme qu'on y rencontre. Je compléterais certains aperçus dont la partialité est trop flagrante. Nombre de mes lecteurs auront répondu déjà. J'aurai peut-être la joie ultérieurement de ferrailler avec mon honorable confrère belge.

D'ailleurs, je trouve une réponse toute faite à opposer tout au moins à l'un de ses arguments les plus faibles, argument auquel je ferai surtout le reproche de reproduire un grossier préjugé populaire que nous, médecins, nous avons plutôt le devoir de détruire. Cette réponse, M. Destrée, professeur à l'université de Bruxelles, me la fournit par son magnifique travail traitant de l'*Influence de l'alcool sur le travail corporel et le travail intellectuel*. Les anti-alcooliques d'avant-garde, ceux qui cherchent des arguments, auront une vive reconnaissance à ce physiologiste aussi distingué que consciencieux.

M. Lentz dit, comme le peuple, qu'au travailleur malheureux, qui n'a pas une bonne alimentation, un bon logis, un bon vête-

[1] Les sociétés d'abstinence françaises, hormis la *Croix-Bleue* qui vise spécialement au relèvement des buveurs, ne demandent à leurs membres que l'abstinence des spiritueux, plus conforme à notre esprit et à nos préjugés nationaux.

ment, il faut l'alcool. On pourrait déjà lui répondre que l'économie réalisée par le travailleur du fait des boissons alcooliques suffirait amplement à lui fournir ce que M. Lentz demande avec raison. Mais M. Destrée, armé de l'ergographe de Mosso, reproduisant pour le physique les mémorables expériences de Fürer et Smith pour l'intellectuel, répond que la plus petite dose d'alcool est nuisible au développement de l'énergie.

Un physiologiste suisse, Frey, avait l'an dernier vivement contrarié nos doctrines anti-alcooliques en démontrant que le coup de fouet bien connu de l'alcool était réel et utile. On pressentait bien l'erreur, mais la preuve manquait. M. Destrée l'a faite victorieusement en donnant une nouvelle force à notre thèse.

Frey avait constaté que l'alcool semble agir de deux façons différentes, suivant qu'il opère sur un sujet fatigué ou sur un sujet reposé. Dans le premier cas, l'alcool donnait de l'énergie; dans le dernier il en enlevait. M. Destrée démontre que l'action favorable de l'alcool ne se produit que pendant quelques instants, mais qu'elle cesse bien vite pour faire place à une action défavorable. C'est pendant la première phase que Frey avait opéré. Si, en effet, on renouvelle l'expérience une demi-heure après l'ingestion d'alcool, le résultat est complètement modifié, et le professeur raconte avec humour comment un partisan de l'alcool, qui s'était prêté à l'expérience, faisait des efforts désespérés pour soulever un poids de 5 kilogrammes sans pouvoir l'amener au niveau qu'il avait atteint une demi-heure avant, alors qu'il était à jeun.

Des expériences de M. Destrée il résulte exactement ceci : l'ingestion de l'alcool est suivie immédiatement, mais pour un temps très court, de l'augmentation de l'énergie. Aussitôt après, l'énergie diminue, descend beaucoup au-dessous de la normale et cela pour un temps très long. Ces résultats vus sur des graphiques ont été des plus frappants! Bien plus, si un homme à jeun développe, par exemple, dans une expérience de cinq minutes, 15 kilogrammètres, dont cinq pendant la première minute, puis de moins en moins, au fur et à mesure que la fatigue survient, un homme sous l'influence de l'alcool fournira 7 kilogrammètres dans la première minute (période de surénergie) ; mais aussitôt il descendra si rapidement qu'au bout des cinq minutes c'est tout au plus s'il aura pu fournir 10 à 12 kilogrammètres au total.

Chose intéressante, M. Destrée, renouvelant ses expériences avec le thé et le café, a pu établir par la même méthode pratique que la période de surénergie de l'influence alcoolique se reproduisait, mais qu'elle était durable, ne s'éteignait que lentement, qu'elle n'était pas suivie d'une phase dépressive et que finalement le travail fourni était supérieur à la normale. *(A suivre.)*

ASILES D'ALIÉNÉS.

COMMISSION DE SURVEILLANCE DES ASILES DE LA SEINE : NÉCESSITÉ DE MÉDECINS-ADJOINTS. — DOSSIER MÉDICO-ADMINISTRATIF ET MÉDICO-LÉGAL DES ALIÉNÉS DITS CRIMINELS.

A l'occasion du procès-verbal de la séance du 9 juillet de ladite Commission, nous avons appelé l'attention sur deux questions qui nous paraissent d'une réelle importance pour tous nos confrères.

M. le Dr BOURNEVILLE demande à présenter, à l'occasion du procès-verbal, une double observation. Il s'agit de deux propositions insérées dans les *Considérations générales* ajoutées à ses rapports sur les budgets de l'asile de Villejuif. N'ayant pu les soumettre en leur temps et lieu, il désire les signaler aujourd'hui à la Commission afin qu'elle donne son opinion.

La première proposition consiste dans la *création*, à l'asile de Villejuif d'un poste de *médecin-adjoint*. Cet asile comporte une population de 1.400 malades. Il est aujourd'hui pourvu de quatre médecins chefs de service. On a remédié, en effet, par la création de deux nouveaux médecins chefs de service, à une situation qui était devenue tout à fait anormale ; mais en cas d'absence par maladie ou par vacances d'un ou de plusieurs médecins, cette même situation à laquelle on a compris qu'il était nécessaire de parer une fois pour toutes se reproduira forcément ; aussi la création d'un poste de médecin-adjoint à Villejuif me paraît-elle nécessaire ; et je la considère comme le complément indispensable de la réforme qui a été récemment introduite.

M. LE ROUX pense qu'il ne doit pas être impossible à quatre médecins d'établir entre eux pendant les vacances un roulement qui leur permettrait de se suppléer mutuellement. Il serait prudent, en tout cas, de ne pas émettre un vœu avant de s'être assuré des répercussions qu'une telle mesure aurait nécessairement dans les autres asiles, car c'est d'une mesure de principe qu'il s'agit.

M. BOURNEVILLE. — J'insiste dans l'intérêt même des malades. Les vacances ne se prennent pas à toutes les époques de l'année ; mais pour bien des raisons que chacun connaît et sur lesquelles je n'ai pas besoin d'insister, telles que les vacances des enfants, etc., les congés sont demandés par tout le monde pour les mêmes mois

de l'été. Eh bien, il n'est pas prudent de rétablir, ne fût-ce que pour deux mois, l'ancien état de choses, dans lequel 700 malades, et même plus, étaient laissés aux soins d'un seul médecin.

Le service médical avant le dédoublement était composé de 4 médecins, — aujourd'hui il est composé également de 4 médecins. En cas d'absence de l'un d'eux, un des trois autres médecins sera chargé de son service et aura, par conséquent, 700 malades. La situation reste donc aussi mauvaise.

Une situation semblable ne se retrouve dans aucun autre pays. Pour ne prendre qu'un exemple, en Russie, près de Moscou, dans un asile qui comporte une population de 400 malades, il y a un médecin en chef, 4 médecins-adjoints et 3 externes. En signalant la nécessité qu'il y a, selon moi, de pourvoir l'asile de Villejuif d'un poste de médecin-adjoint, j'ai cru ne faire que mon devoir.

Enfin, l'argument tiré de la nécessité de pressentir la 3e commission du Conseil général ne doit pas nous arrêter. Nous avons à dire, en toute conscience et sans aucune préoccupation du dehors, ce que nous croyons utile pour les malades, pour le bon fonctionnement de nos asiles.

M. Bailly rappelle qu'il ne suffit pas de créer des places, mais qu'il faut aussi les rétribuer. D'autre part, l'organisation médicale de l'asile de Villejuif vient d'être changée; il vaut peut-être mieux attendre que l'on puisse juger les résultats obtenus avant de créer un nouvel organe. Mais, d'autre part, la proposition de M. le Dr Bourneville a droit, selon moi, à toute notre sollicitude. Aussi demanderai-je à la Commission de l'inscrire à l'ordre du jour de sa prochaine séance.

M. Barbier, président, appuie en ce sens.

La proposition de M. Bailly, mise aux voix, est adoptée.

Notre proposition étant devenue celle de M. Bailly, nous serons maintenant deux pour soutenir la réforme que nous avons réclamée. D'ailleurs, ainsi que nous l'avons déjà dit, ce n'est pas seulement pour l'asile de Villejuif qu'il y a lieu de demander la création de médecins-adjoints, mais aussi pour les asiles de Vaucluse et de Ville-Evrard. Quant à l'asile clinique, il a, lui, son médecin-adjoint, poste dont nous avons, dans le temps, demandé et obtenu la création. Dans notre pensée, les médecins-adjoints doivent être les auxiliaires quotidiens des médecins, remplir auprès d'eux le rôle de véritables chefs de clinique. Ceci dit, nous reproduisons l'extrait du procès-verbal relatif au *dossier administratif et médico-légal des aliénes réputés criminels :*

M. Bourneville. — Ma seconde proposition s'applique au cas où

un malade, après avoir été, à la suite d'une infraction, enfermé au dépôt de la Préfecture et ensuite à Mazas, bénéficie d'une ordonnance de non-lieu et est remis par la justice entre les mains de l'Administration qui le place dans un asile d'aliénés. En ce cas je demande que le dossier administratif de ce malade et le rapport médico-légal, dont il a été l'objet, soient transmis au médecin de l'asile par la préfecture de police.

Le malade, en effet, avant d'obtenir cette ordonnance de non-lieu, et pour l'obtenir, a passé entre les mains de plusieurs médecins et son état mental a fait l'objet d'une enquête des plus sérieuses. Je prends l'exemple de cet adolescent qui a récemment tué son père boulevard Saint-Michel. Il m'a été amené bien après que son crime avait été commis. Comment était-il, au moment de son attentat ; quelles sont les circonstances qui l'ont accompagné, quelle a été sa condition depuis son arrestation jusqu'à son envoi à l'asile ? Je n'en sais rien et cependant il est de toute évidence que j'ai besoin d'avoir ces renseignements en vue du traitement que je dois faire suivre à ce malade et surtout des précautions à prendre ; et les éléments me manquent pour faire œuvre intéressante et utile. Il va de soi qu'il en est de même pour tous les cas. Je ne fais que renouveler ici une demande que j'avais faite autrefois au Conseil général, qui s'y était associé, sur la demande des médecins des asiles, à une époque où je n'étais chargé d'aucun service.

MM. Barbier et Henry Prestat rappellent qu'en matière de non-lieu M. le Procureur général *seul* peut autoriser les parties intéressées à prendre communication des pièces du dossier. C'est une grosse question que celle qui est soulevée par leur collègue.

M. Bourneville. — Je ne demande pas la communication intégrale du dossier aux médecins chefs de service. La partie relative à l'instruction peut ne pas être communiquée. Ce qui intéresse les médecins, ce qui leur est indispensable, c'est la partie administrative ; ce sont les renseignements pris immédiatement, sur le fait, au moment où le malade a été arrêté ; c'est le rapport médical, dressé par le médecin de la Préfectnre de police ; on ne peut pas refuser ces renseignements aux médecins puisqu'ils ont pour objet de les éclairer sur les malades, au point de vue médical.

Plusieurs de nos collègues y trouvent de graves inconvénients, des dangers. Ils estiment que jamais le Garde des sceaux n'autorisera de telles communications. Or, Messieurs, ces renseignements nous sont communiqués dans certaines circonstances. Lesquelles ? Au moment où nous n'en avons plus besoin ; au moment où nous demandons la sortie du malade interné dans nos asiles.

Je suppose, en effet, que je demande demain l'arrêté de sortie d'un de ces malades. Ma demande va à la préfecture de police. Là on

constate qu'il s'agit d'un malade dit criminel. On me renvoie alors mon certificat de sortie avec le dossier administratif, le propre dossier dont je parle, en attirant mon attention sur le fait que le malade a été précédemment l'objet d'une instruction criminelle et en me demandant si je persiste, dans cette situation, à demander sa sortie.

Eh bien! je demande simplement que ce même dossier de la préfecture de police, qui est transmis au médecin au moment du certificat de sortie, lui soit communiqué lors de l'internement.

Ce dossier ne contient pas, il est vrai, le rapport médico-légal qui, lui, fait partie du dossier du parquet et qui, à ce qu'il paraît, doit rester inconnu de tout le monde. Médicalement il a un très réel intérêt. Vous pensez qu'il y a danger à le communiquer. Nous n'en distinguons pas les raisons. Personnellement, j'aurai communication à peu près toujours de ces rapports, mais je la demande *pour tous* et sans démarches. On oublie d'ailleurs que, souvent, ces rapports sont publiés ultérieurement dans les Recueils de médecine.

M. Bailly ne pense pas que la situation créée aux médecins de nos asiles par l'application du règlement actuellement suivi puisse rester telle quelle et il demande à la Commission, conformément à la proposition de M. Bourneville, d'adopter le vœu suivant :

« La Commission émet le vœu que l'administration de la préfecture de police fasse connaître au médecin, au moment de l'internement des malades, le procès-verbal de séquestration dressé par le commissaire de police. » Adopté.

A la séance du 9 novembre nous avons donné de nouveaux arguments à l'appui de notre demande de communication des dossiers des aliénés dits criminels. En voici l'exposé :

M. Bourneville. — Comme suite à ce que j'ai dit à la dernière séance de la Commission à l'appui de la demande de communication des dossiers des *aliénés* dits *criminels* aux médecins par l'administration, je crois utile de vous communiquer quelques renreignements.

Notre ami le Dr Villard, sénateur, maire de Guéret, et chargé des enquêtes médico-légales, nous a déclaré que toujours il joignait une copie de ses rapports au dossier des aliénés de la catégorie en question, qui étaient placés par l'autorité à l'asile de Naugeat qui reçoit les aliénés de la Creuse.

Les conséquences du refus de communication par la Préfecture de police ou par les administrations préfectorales, des renseignements recueillis par la police et du rapport médico-légal, sont quelquefois très graves. En voici la preuve :

Dans une entrevue d'un rédacteur du *Progrès de la Côte-d'Or* avec le Dr Samuel Garnier au sujet de Vacher, le tueur de ber-

gères, nous trouvons un argument en faveur de notre proposition. Voici le passage qui nous intéresse :

« A partir du jour où le non-lieu fut rendu, Vacher ne fut plus interné au compte de la justice, mais au compte de son département, l'Isère. Et comme l'Isère renferme un asile, celui de Saint-Robert, on dut le transporter à Saint-Robert, après un certain temps de séjour à Dôle.

« A Saint-Robert, Vacher fut examiné par le Dr Dufour. Malheureusement, dans le silence de la loi à cet égard, et d'après un usage plutôt regrettable, les rapports des médecins aliénistes ne suivent pas le malade en cas de transfert. Il y a là une lacune à combler dans notre législation.

« C'est ainsi que M. le Dr Dufour n'ayant pas sous les yeux le rapport du Dr Guillemin, en voyant que Vacher se conduisait comme tous les malades qu'on relâche sans danger, put remettre en liberté le monstre qui occupe la région de ses forfaits. »

Aucun fait ne peut mieux justifier notre proposition. Malgré cela nous en invoquerons un second.

Il s'agit d'un adolescent, Vig., entré dans mon service il y a quelques semaines, après avoir fait plusieurs séjours à la Roquette et à Mazas. Je n'ai eu, bien entendu, aucun renseignement sur les faits qui ont motivé ses arrestations et ses condamnations.

Le malade avait sans doute été considéré jusqu'alors comme sain, puisqu'on l'avait condamné. Pourquoi le regarde-t-on maintenant comme malade? Quel changement a-t-on remarqué dans son état ? Sur tous ces points, aucun renseignement de la préfecture de police, qui m'a envoyé le malade. Or, une fois interné dans mon service d'enfants, il s'est mis à faire à ses camarades un cours de vol et d'assassinat : il leur enseignait par le menu les moyens de voler et d'assassiner. Il est donc des plus regrettables que je n'aie pas eu son dossier au moment de l'internement, car alors j'eusse demandé qu'en raison de son passé, de son développement physique, de son âge, dix-huit ans moins deux mois, il ne fût pas placé avec les enfants.

M. le Dr Thulié. — Vous n'avez que trop raison.

M. le Dr Bourneville. — C'est l'importance de ces deux exemples, qui n'échappera sans doute à personne, qui fait que j'insiste encore aujourd'hui sur la proposition que j'ai faite à la dernière séance.

M. le Président. — La Commission a d'ailleurs émis un vœu en ce sens.

M. Le Roux, directeur des affaires départementales, dit qu'en exécution de ce vœu, émis par la Commission sur la proposition de M. le Dr Bourneville, M. le préfet a écrit à son collègue le préfet de police en lui demandant d'insister auprès du parquet

pour qu'il soit donné communication des dossiers aux médecins chefs de service lors de l'internement.

M. Bourneville. — Je remercie M. le directeur de l'empressement qu'il a mis à essayer de faire réaliser le vœu de la Commission.

Notre demande, nous le répétons, s'applique non seulement aux enfants, mais aussi aux adultes aliénés dits criminels. C'est pour tous les médecins des asiles et des quartiers d'hospices de la Seine, que nous avons fait cette réclamation. La Préfecture de police en tiendra-t-elle compte? Nous l'espérons. Dès maintenant, nous remercions M. Le Roux d'avoir transmis notre proposition, devenue celle de la commission, à la Préfecture de police. Nous profitons de cette occasion pour émettre l'opinion qu'il conviendrait d'inscrire dans la loi sur les aliénés l'obligation, de la part de l'administration, de transmettre aux médecins tous les documents dont nous venons de parler. B.

BIBLIOGRAPHIE.

IV. *Archives d'anthropologie criminelle et de psychologie normale et pathologique* ; Drs Lacassagne et Tarde (année 1897) (*suite*)[1].

3. *Existence du libre arbitre* ; par le Dr Pailhas, médecin légiste.

M. Pailhas « affirme que le libre arbitre existe ». Il ne se préoccupe pas de le démontrer. Il envisage « le sentiment de la liberté morale comme un attribut naturel de l'organisation de l'homme, susceptible d'être développé par l'éducation ». Cette liberté est-elle toutefois réelle, s'exerce-t-elle du moins d'une façon permanente? Chacun peut se targuer d'avoir agi librement, dans l'intégrité et l'éveil total de son activité psychique, et lorsqu'une réflexion attentive le met en présence de ses actes. Voilà le seul fait essentiel, car dans la pratique « au sein des conditions d'automatisme contractées, il est malaisé d'apprécier le degré de liberté morale dont sont empreints nos actes ». Mais alors troublés ainsi nous

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 26, p. 171.

mêmes lorsqu'il s'agit du *dosage de notre propre liberté*, comment pouvons-nous apprécier le degré de liberté dont jouissent les autres et fixer la mesure de leur responsabilité ? « S'il doit être admis que le principe du libre arbitre en l'homme est bien une réalité, il ne saurait être que rarement l'objet d'une appréciation étrangère : la responsabilité morale est trop impénétrable à l'expert, au juge, pour servir de critérium *suffisant* à la criminalité. Il devient pour lui nécessaire de faire appel aux critériums positifs de l'anthropologie criminelle, telles qu'influences héréditaires, physiques, pathologiques, etc. » Il y a une limite à garder toutefois. Tout en tenant peu compte de la responsabilité morale au point de vue de la répression, M. Pailhas estime inadmissible le déterminisme physio-psychique beaucoup trop exclusif de l'école anthropologique italienne.

Si nous ne pouvons fonder nos appréciations sur une condition dont la mesure échappe à nos certitudes, cette condition existe néanmoins. « Et le juge devra toujours s'efforcer, tout en s'abstenant d'en faire son critérium suffisant, de ne point porter atteinte en l'homme à ce sentiment de ses responsabilités d'où dérive toute valeur morale et qui reste chez le délinquant l'unique source de son relèvement. » Contrairement aux vues de M. Enrico Ferri, il ne convient donc pas d'affaiblir l'aversion instinctive et salutaire des peuples à l'égard du crime.

La protection de l'individu par lui-même ou par l'humanité érigée en système de défense collective est la première (et suffisante) condition de la peine répressive. L'amendement de l'individu au nom de la charité humanitaire est la deuxième condition de cette peine. Mais en ce qui concerne sa propre existence comme mode d'organisation plus ou moins *transitoire* de l'humanité, la société n'a plus ce droit de répression pénale que légitime seul le droit inviolable et permanent de l'individu sur lui-même et sur ses biens.

Pour le mode d'organisation de telle ou telle société, dans le domaine politique, en un mot « le seul moyen légitime de défense ne saurait plus être que la lutte pacifique des idées ».

4. *Quelques considérations sur le congrès de Genève ;* par Zakrewski, sénateur à Saint-Pétersbourg.

On sait que les réunions du congrès d'anthropologie criminelle à Genève ont été plus qu'agitées, presque orageuses. L'école italienne, ou plutôt *lombrosienne*, qui au congrès de Bruxelles en 1892, avait été l'objet d'attaques dont le résultat pouvait ressembler à une exécution en règle, a tenté d'y reprendre le dessus, après quelques changements de forme dans son langage et son attitude. D'après les impressions d'assistants qui m'en ont entretenu, elle n'aurait réussi que bien incomplètement. En tout cas, la note

de M. Zakrewsky est un désaveu de ses théories, encore plus catégorique que la note de M. Pailhas. M. Zakrewsky pense que « le plus grand nombre des théories émises sous la dénomination collective d'anthropologie criminelle ont sombré définitivement sous les coups de la critique scientifique et du simple bon sens, et que l'idée de confondre sous ce titre des disciplines spéciales et diverses (psychopathologie, sociologie, droit pénal) ne peut contribuer ni à la facilité, ni à la clarté des études ». Il proteste contre l'hypothèse de l'existence de « types criminels », d'hommes criminels se distinguant tous physiquement des hommes normaux. Il proteste en conséquence aussi contre les prétentions de M. Ferri de remplacer le jury, jugeant humainement des actes humains, par des Tribunaux d'experts, spécialistes chargés de décider du sort des criminels d'après des indices « socio-anthropologiques » et uniquement au point de vue du danger que peut offrir pour la société leur libre présence au milieu d'elle. Il s'exprime encore plus énergiquement contre la définition du crime étendue à tout acte qualifié « antisocial ». Ce n'est, dit-il, d'après mon idée, que dans une communauté de loups et non d'hommes civilisés que la pénalité peut être basée uniquement sur la « défense sociale ». Et il cite les autodafés de l'Inquisition, les massacres de 1793, les déportations administratives en Russie, qui sont autant de mesures de défense sociale. Fort bien.

Cependant l'introduction même de ce nom d'*anthropologie criminelle* annonce quelque changement de *point de vue* dans les études de la criminologie, changement qui s'est opéré réellement. Je sais bien que les discussions placées sous son invocation n'ont pas transformé les nécessités pratiques de l'administration de la justice. Mais il en est de même des discussions d'un autre ordre, plus anciennes et plus fréquentes, sur le libre arbitre. Les doctrines religieuses l'ont nié, et presque toutes les doctrines philosophiques le nient. Il n'en reste pas moins, en droit, comme un postulatum jusqu'à présent indestructible. Seulement et en attendant la part de la raison, du contingent, du relatif, grandit dans nos jugements. Il est nécessaire que la répression pénale reste un moyen de coercition et d'intimidation à l'adresse « de la communauté en général ». Il est bon aussi d'arrêter, si l'on peut, le crime en s'efforçant d'en démontrer l'inutilité, l'imbécillité. C'est pourquoi je n'approuve pas que M. Zakrewsky, dans son rapport au gouvernement russe, ait engagé celui-ci à décliner dorénavant l'honneur d'envoyer des délégués aux congrès d'anthropologie criminelle.

5. *Les faux témoignages d'une hystérique;* par le Dr Rouby.

A propos du fameux procès Cauvin, M. Rouby cite le cas d'une de ses malades, petite, chétive, qui dans un accès de folie hysté-

rique tordit un barreau de fer de son lit, chose dont fût incapable un vigoureux gardien. Il raconte en outre plusieurs erreurs, disons mieux, plusieurs crimes judiciaires, imputables à l'opinion plus qu'aux magistrats, commis sur les dénonciations mensongères d'une hystérique. Les témoignages des hystériques et des petites filles perverses devraient-ils être admis en justice ? Les magistrats ne sauraient trop se défier de leurs propres jugements en face de pareils témoins. Sans être juristes, les médecins pourraient toujours, les éclairer en des cas pareils ; et le rôle de l'*anthropologie criminelle* pourrait bien être justement de *les engager* à ne se jamais prononcer sans le concours de ceux-ci.

6. *La relégation. Résultats de la loi du* 27 *mai* 1885 ; par A. Bérard député de l'Ain.

Ceux qui se rappellent la campagne acharnée menée en faveur de cette loi sur la relégation, auraient le droit aujourd'hui de se montrer sévères à l'égard de ses auteurs. Car elle n'a rien donné de ce qu'ils nous ont promis. Elle devait arrêter la récidive. Or, d'après un rapport du garde des sceaux publié en 1895, la proportion des condamnations multiples, de 9,8 p. 100 en 1880, s'est élevée à 11 p. 100 en 1892.

Et « notre crimiminalité a pris un caractère professionnel de plus en plus marqué. Elle devait réduire notre budget pénal. Or, les hôtes de nos maisons centrales nous coûtent chacun environ 19 centimes par jour, tandis que la ration alimentaire des relégués revient seule à 47 centimes, et que l'entretien de chacun d'eux revient par an (pour 1890) à 1,036,19 à la Guyane, et à 859,33 à la Nouvelle-Calédonie, chiffre supérieur à celui des rentes qui suffisent à la plupart de nos retraités. Enfin elle devait nous aider à mettre en valeur nos colonies, en dépit d'expériences antérieures trop connues. Les résultats qu'elle a donnés dans ce sens doivent être examinés tout particulièrement.

De 1886 à 1890, on a condamné à la relégation 7,436 individus, dont 3,997 ont été transportés : 2,207 à la Guyane, et 1,790 à la Nouvelle-Calédonie. Des transportés à la Guyane, un quart, absolument rebelle, est tenu enfermé et sans aucune occupation ; une moitié a pu être employée à quelques travaux ne demandant ni efforts, ni intelligence, sous une surveillance incessante et une discipline rigoureuse ; le dernier quart seul se compose d'individus capables d'exercer un métier ou de se soumettre volontairement à un travail régulier. Enfin le but de la loi n'a pu être atteint que pour 27 à qui a été accordée la permission de vivre à l'état de relégués libres, mais qui ont dû se réfugier sur le Maroni, en présence des craintes et des répulsions des colons. Encore le nombre de ces relégués varie-t-il beaucoup, car il faut souvent en réintégrer au

pénitencier. Tout le travail effectué sous la surveillance administrative, au profit de la colonie, consistait jusqu'en 1890 en trois kilomètres de route, en construction de caves pour l'hôpital et en défrichement de 12 hectares de jardin, de 3 hectares de pépinières, de 17 hectares de prairies et de 8 hectares pour constructions.

A la Nouvelle-Calédonie, la situation n'est pas si mauvaise. L'administration éclairée par des expériences fâcheuses, n'a accordé la liberté qu'aux relégués justifiant, après une épreuve plus ou moins longue, de moyens d'existence par l'exercice d'une profession ou un engagement de travail. Et, comme les moyens de s'employer sont plus variés et plus nombreux, les relégués libres ont atteint le chiffre de 96 en 1890.

Le travail pénitentiaire a été aussi plus important : 60 hectares ont été défrichés et transformés en champs de café. 210 relégués sont employés dans les services publics. De plus, les colons libres en emploient à des prix assez élevés pour décharger le budget de l'Etat d'une façon appréciable.

Ainsi depuis 1897, la Société des mines fait travailler de 200 à 400 relégués pour 1 fr. 83 par jour. Il est fort douteux que la colonisation s'accommode de la multiplication de leur nombre.

L'administration reconnaît qu'il serait bon que les individus condamnés à la relégation fussent soumis à un apprentissage avant d'être embarqués, afin qu'en arrivant à la colonie, ils soient en mesure d'exercer un métier ou de se rendre utiles, selon le vœu de la loi. Elle-même avoue en somme, que celle-ci n'a pas répondu jusqu'à présent aux espérances de ses auteurs ; elle n'y a répondu sur aucun point. M. Bérard estime cependant qu'elle n'aura pas été tout à fait stérile. ZABOROWSKY.

V. *Thèses de Bordeaux* (1896-1897). Analyses par les Drs RÉGIS et V. ROBERT.

Depuis quelque temps, la Faculté de médecine de Bordeaux produit un nombre assez considérable de thèses de neurologie, de médecine légale, de psychologie et de psychiâtrie, et ce mouvement local, qui semble aller s'accentuant, n'a pas été déjà sans être remarqué. Quelques-uns de nos confrères, soit de France, soit de l'étranger, nous ont même demandé où l'on pouvait se procurer ces thèses, que l'on trouve difficilement, paraît-il, à Paris. Ils peuvent s'adresser pour cela, soit à M. Ed. Féret, soit à M. Duthu, libraires-éditeurs, Cours de l'Intendance, à Bordeaux. Au besoin nous nous ferions nous-mêmes un plaisir, s'il nous était possible, de leur donner satisfaction.

D'autre part, les thèses étant surtout des travaux d'actualité, bons à consulter au moment de leur apparition, nous tâcherons désormais de donner ici, au moins chaque semestre, une analyse

de celles de l'Université de Bordeaux qui ressortissent à la neuro-psychiâtrie.

1. *Odyssée d'un dégénéré anarchiste;* par A. Bézy.

Très intéressante histoire d'un jeune cambrioleur, féru d'anarchisme, et commettant, au nom de la cause sacrée dont il se réclame, les actes les plus graves contre la société. Condamné d'abord à la prison, puis interné dans divers établissements d'aliénés après maintes expertises médico-légales l'ayant toutes déclaré irresponsable, il s'est chaque fois évadé, et tout récemment encore, des asiles où on l'avait placé. Cet individu est un véritable danger social et on ne tardera sans doute pas à entendre de nouveau parler de lui. N'est-ce pas une nécessité pour lui et pour ceux de son espèce, que l'asile-prison, d'où on ne sorte pas et d'où on ne s'évade pas à volonté ? C'est ainsi que conclut l'auteur.

2. *Du délire raisonnant de dépossession au point de vue clinique et médico-légal ;* par Charles Chuiton.

Le *délire de dépossession* a sa source dans le sentiment naturel de la propriété et il est représenté à l'état rudimentaire par l'exagération de ce sentiment chez le paysan. Le délire de dépossession est, suivant la définition de M. Régis, « le délire des individus qui, expropriés de leurs biens, refusent d'accepter la chose jugée, et, se considérant comme injustement dépouillés et toujours légitimes propriétaires, se livrent pour défendre leurs soi-disant droits, à des revendications plus ou moins violentes ». Il se présente toujours avec les mêmes caractères et ne diffère que par l'intelligence du malade.

Le délire de dépossession est un délire de dégénérés à forme raisonnante. Il constitue une variété de la « querulanten wahnsinn » des Allemands, c'est-à-dire la manie des chicanes ou des procès.

Le « délire de revendication », dans lequel le sujet revendique par les mêmes moyens un *bien qui ne lui appartient pas*, au lieu de défendre un *bien qui ne lui appartient plus*, est tout à fait similaire au délire de dépossession. Dans certains cas même la distinction n'est pas facile entre les deux.

Le délire de dépossession, intéressant au point de vue clinique, est plus intéressant encore au point de vue médico-légal : d'abord parce qu'il donne lieu constamment à des contestations judiciaires, comme toutes les variétés du délire des chicanes ; ensuite, parce qu'il est très souvent difficile à juger, au point de vue de la responsabilité. Aussi ne peut-on formuler de règle générale à cet égard ; tout dépend du cas et de l'espèce, et le principe de la responsabilité atténuée ou proportionnelle trouve ici sa place.

3. *De la gynécologie conservatrice dans les affections inflammatoires pelviennes;* par Georges Dezon.

Thèse à consulter au point de vue de l'influence sur les facultés mentales de l'ablation des organes dans les affections pelviennes, qui s'y trouve incidemment étudiée.

4. *Séméiologie des hallucinations de la vue dans les psychoses;* par J.-M. Féray.

Dans les psychoses, les hallucinations de la vue affectent la forme élémentaire, commune ou verbale. Elles sont le plus souvent en rapport avec les conceptions délirantes des malades, c'est-à-dire secondaires au délire ; elles peuvent aussi être primitives et orienter le délire. Rares dans la mélancolie franche et le délire systématisé progressif, on ne les rencontre jamais dans la manie. Elles sont fréquentes dans le délire mystique et chez les dégénérés, où elles peuvent être hypnagogiques, accompagner un syndrome épisodique, l'obsession, être elles-mêmes un syndrome. L'auteur a volontairement négligé l'étude des hallucinations dans les intoxications.

5. *Responsabilité et justice militaire;* par E.-L. Ferris.

Un des élèves de Bordeaux, M. Lacausse, avait déjà, en 1889, dans sa thèse sur *les Dégénérés psychiques étudiés spécialement au point de vue militaire*, formulé les conclusions suivantes :

« Au point de vue du service militaire, les dégénérés psychiques ont pour la plupart une manière d'être spéciale. Il est important de les étudier, d'approfondir leurs origines et leur histoire, et cela dans l'intérêt même de l'armée. Cette manière d'être consiste dans l'impossibilité où ils sont de faire des soldats même médiocres. Elle se traduit bien vite par une grande inaptitude à toute instruction générale ou spéciale et par le mauvais exemple qu'ils donnent en temps de paix; en campagne, ils constituent un danger. On doit éviter de les confondre avec les indisciplinés vulgaires, les fous, les simulateurs.

« Il est d'un grand intérêt de préserver et de débarrasser l'armée de cette catégorie d'individus par un examen psychique et physique très attentif des conscrits à leur incorporation. L'appréciation médico-légale de leur responsabilité dans le cas de faute grave contre la discipline s'impose, et cela surtout lorsqu'ils en arrivent à être traduits devant les conseils de discipline et autres tribunaux militaires. »

M. Ferris adopte ces conclusions, mais il fait observer que débarrasser l'armée de tous les dégénérés est d'une pratique bien difficile, d'autant qu'ils sont légion. Aussi préconise-t-il de préfé-

rence les solutions suivantes : « Tout militaire faisant un séjour à l'hôpital ou à l'infirmerie doit être l'objet d'un examen complet, de telle sorte que les tares soient bien établies.

« Tout militaire en prévention de conseil de discipline ou de conseil de guerre, sera soumis à un examen mental absolument obligatoire. Cette expertise sera confiée à un spécialiste militaire, ou civil, si l'armée ne possède pas de spécialistes. Recommandation sera faite aux membres du conseil de guerre de tenir compte de la déposition du médecin qui, étant spécialiste, parle en toute autorité. Enfin, pour les passionnels qui doivent faire d'excellents serviteurs, le conseil de guerre, quand il en jugera digne l'accusé, appliquera la loi Bérenger. »

Cette question des aliénés, et en particulier des dégénérés dans l'armée, successivement traitée dans leur thèse par MM Lacausse et Ferris, est d'une importance considérable. Des irresponsables, on le sait, sont assez souvent condamnés par les tribunaux ordinaires, malgré le fonctionnement aujourd'hui régulier des expertises ; on s'imagine sans peine ce qui doit en être devant les tribunaux militaires, où l'expertise spéciale n'existe pas.

M. Régis a émis, au Congrès de Bordeaux de 1895, le vœu que l'examen de l'état mental des inculpés soupçonnés d'aliénation soit organisé dans l'armée comme il l'est dans la société civile, car, militaire ou non, un malade est toujours un malade, que personne n'a droit de punir. Il serait grand temps que cette réforme fut réalisée.

6. *Troubles de l'état mental aux Antilles;* par F.-J.-Ch.-E. Guilliod.

Trois races habitent les Antilles : blancs, nègres, indiens; il y a en outre des métis. La race blanche, originaire des Antilles, fournit le contingent le plus fort d'aliénés; vient ensuite la race indienne. Les accidents psychiques deviennent d'autant plus facilement l'apanage des créoles qu'ils présentent à l'état normal des tendances neuropathiques. L'alcoolisme et le climat sont les deux grands facteurs d'aliénation mentale. La folie alcoolique, la manie et la lypémanie sont, de tous les genres de psychopathie, ceux que l'on observe le plus souvent. La mortalité est plus grande dans les asiles des Antilles qu'en France. Les aliénés sont traités dans un asile spécial, l'Asile Saint-Claude, que l'auteur décrit.

7. *Essai sur les hypermnésies. — Etude de psychologie morbide;* par A. Guillon.

Très important et très sérieux travail de 260 pages, dans lequel l'auteur traite, dans autant de chapitres distincts, les points suivants de la question : 1° la mémoire, son fonctionnement à l'état normal, ses troubles ; — 2° des hypertrophies générales et partielles de la mémoire; — 3° de l'hypermnésie physiologique et du « déjà

vu » ; de quelques variétés d'hypermnésies morbides ; — 4° des hypermnésies dans le sommeil et dans quelques autres « états seconds » ; — 5° des hypermnésies vésaniques et des hypermnésies dans les états symptomatiques d'aliénation mentale ; 6° des hypermnésies toxiques.

Il serait trop long de donner une analyse détaillée de tous les faits contenus dans cette intéressante thèse, qui demande à être lue. Nous nous bornerons à en citer les conclusions les plus générales, qui sont les suivantes : Jusqu'ici il avait été décrit, sous le nom d'*hypermnésies*, trois ordres de phénomènes différents, que nous avons cherché à mettre en lumière.

Les hypermnésies permanentes que nous avons appelées hypertrophies générales ou partielles de la mémoire sont des troubles pathologiques consistant dans le développement anormal d'une fonction.

Les gens doués de pareilles aptitudes sont des personnes qui fixent et conservent un plus grand nombre d'images que le reste des hommes. Ils évoquent également plus facilement et plus rapidement leurs souvenirs, qu'ils reconnaissent et localisent avec une merveilleuse précision. Puisque par un point ils ne sont pas semblables aux individus qui les entourent, par cela même ils sont, sinon des malades, du moins des anormaux. Et plus l'hypertrophie de leur mémoire sera partielle, plus ils seront anormaux, semblables à ces arbres de structure minuscule portant des fruits énormes.

Nous avons alors réservé le terme hypermnésie pour désigner uniquement un trouble de l'évocation des images.

La mémoire agissant par pur automatisme, en l'absence de l'attention et de la volonté, ramènera à la conscience des souvenirs oubliés que nous avons consenti à appeler hypermnésies. Les hypermnésies, on le comprend, pourront se produire dans tout état d'émotion intense qui a concentré l'émotion sur un seul point, laissant au moi subconscient, c'est-à-dire à l'automatisme, le soin de penser. C'est ce qui se produit dans l'hypnotisme et le spiritisme. Enfin, dans les états où l'attention est supprimée (sommeil naturel), de pareils phénomènes sont possibles et même fréquents.

Mais nous avons surtout réservé le nom d'hypermnésie à l'accélération du troisième temps de la mémoire. Cette accélération faisant penser dix, vingt fois plus vite, devra, pour que la continuité cérébrale ne s'interrompe pas un instant, puiser dans la réserve des souvenirs. Et, par un mécanisme semblable au précédent, mais fonctionnant beaucoup plus vite, nous aurons obtenu le même effet. L'hypermnésie n'est donc qu'un mode particulier de l'association des idées, avec ou sans rapidité de la pensée. Cette hypermnésie est la caractéristique même de l'état maniaque, que celui-ci soit du reste vésanique ou symptomatique d'une lésion organique comme dans la période prodromique de la paralysie générale pro-

gressive. C'est aussi la caractéristique de l'état de la pensée dans les intoxications par l'alcool, le chloroforme, le haschich, l'opium.

Quant à la cause de cette rapidité plus grande de la pensée, elle n'est autre, naturellement, qu'une accélération du jeu des cellules corticales. Mais quelle est, à son tour, la cause même de cette accélération ? C'est quelquefois l'anémie, ou bien au contraire la congestion cérébrale. C'est peut-être aussi la présence de toxines ou de poisons dans le sang, lesquels poisons n'agissent sans doute qu'en provoquant par voie réflexe cette congestion ou cette anémie cérébrale. Questions complexes que seules des expériences précises pourront peut-être élucider.

Mais comment s'expliquer, par exemple, cette hypermnésie si connue des noyés, alors que l'amnésie est de règle dans le suicide par pendaison ? Dans les deux cas, pourtant, il y a asphyxie ; aussi croyons-nous qu'on peut d'avance éliminer toute hypothèse d'action de la part des gaz de la respiration. Notre ami le docteur Gauduchau, nous a proposé la théorie suivante qui est peut-être vraie : dans la pendaison, il y a compression des carotides, et par conséquent, anémie cérébrale. Au contraire, au début de l'asphyxie par immersion, il y a, et cela à cause des réflexes cutanés et pulmonaires, rapidité plus grande du pouls, grâce à l'action du pneumogastrique, c'est-à-dire qu'il se produit de plus grands échanges nutritifs dans le cerveau, et par suite hyperactivité cérébrale.

Une hypermnésie qui est plus facile à expliquer est celle qui se produit après un traumatisme. Nous avons dit qu'elle n'était qu'un résultat de l'irritation cérébrale qui, limitée dans d'autres cas à une zone motrice, produit l'épilepsie jacksonienne. Ici c'est une cellule intellectuelle qui est irritée et qui produit de la pensée.

Du reste, nous n'insisterons pas sur ces questions d'étiologie qui sont encore à l'étude. Nous avons bien rangé les hypermnésies d'après leurs causes, voulant surtout les considérer comme symptôme morbide, mais nous n'avons pas voulu approfondir ces causes.

8. *Contribution à l'étude des borborygmes rythmés ;* par L.-M.-J. Guilloux.

Les borborygmes ont pour siège l'estomac. Les conditions de leur production paraissent être : la présence de gaz déglutis ou provenant de fermentations, l'existence d'une coudure, la rétention de liquides et surtout l'impulsion résultant d'une contraction spasmodique du diaphragme, condition *sine qua non* du bruit, ainsi que l'a si bien mis en lumière le professeur Pitres. On les observe surtout chez les femmes à respiration diaphragmatique, à abdomen proéminent, de tempérament nerveux. Ils s'exagèrent sous l'influence d'une émotion morale. Ils disparaissent dans le décubitus dorsal et sous l'influence d'une action mécanique. Le traitement

rationnel est la suggestion ou le port de la ceinture Glénard, ainsi que l'ont observé MM. Sabrazès et Lamacq.

9. *Du tatouage. Le tatouage dans la marine;* par O.-L.-A. GUIOL.

10. *Variations de l'état mental et responsabilité;* par Ch.-E.-C. GUYOT.

Travail considérable et thèse hardie, ainsi qu'on en peut juger, entre autres, par la conclusion suivante : « Le milieu social a, dans tout crime, même commis par un normal ou supposé tel, sa part de responsabilité. L'état social est en grande partie la cause de la criminalité qui ressortit, d'autre part, d'influences extérieures et de conditions intrinsèques auxquelles l'individu ne peut entièrement soustraire son impulsivité. Aussi doit-on supprimer la peine de mort et la prison et les remplacer par des asiles, colonies agricoles et asiles proprement dits, suivant l'état de perfectibilité des individus. »

11. *Les persécutés mélancoliques;* par G. LALANNE.

Importante thèse clinique, de plus de 200 pages, avec observations personnelles très détaillées, sur un des sujets d'actualité de la psychiatrie : les *persécutés auto-accusateurs* ou *persécutés mélancoliques*. Après un historique de la question, l'auteur étudie successivement, dans des chapitres distincts : 1° les délires de persécution et de mélancolie se succédant mais ne se combinant pas; 2° les états mixtes chez des malades d'abord persécutés et devenant ultérieurement persécutés-mélancoliques; 3° les états mixtes chez des malades d'abord mélancoliques et devenant ultérieurement persécutés-mélancoliques; 4° les délires mixtes d'emblée; 5° les délires mixtes avec prédominance d'idées hypocondriaques; 6° les délires mixtes chez les persécutés-persécuteurs.

Les conclusions principales de ce travail sont les suivantes : Il existe une catégorie de malades qui se rencontrent fréquemment, présentant des délires associés ou combinés de persécution ou de mélancolie et que par suite on peut désigner sous le nom de *persécutés-mélancoliques*. Les persécutés mélancoliques forment un groupe homogène dans lequel on peut distinguer un certain nombre de variétés cliniques. Ils sont caractérisés dans leurs traits généraux par des idées mélancoliques associées à des idées de persécution et se montrent chez des héréditaires souvent dégénérés. Ces malades manifestent un délire obsédant d'indignité, de culpabilité, d'auto-accusation, hypocondriaque; des hallucinations visuelles, auditives, sensorielles et psycho-motrices; le tout combiné à des idées de persécution systématisées, des idées de suicide passant facilement aux actes. L'hérédité et la prédisposition neuropsychopatique jouent un grand rôle comme facteurs étiologiques. La guérison se produit souvent, mais paraît dépendre de la nature

du délire prédominant. S'il y a prédominance du délire mélancolique, la guérison est plus probable que si les idées de persécution sont prépondérantes. Le pronostic sera également variable suivant l'âge du sujet. Tandis que la guérison est fréquente avant quarante ans, elle est exceptionnelle après quarante-cinq ans. Les persécutés mélancoliques peuvent être placés parmi les prédisposés dégénérés, et leur forme psychopatique peut trouver sa situation exacte à côté des délires polymorphes des dégénérés et des délires à systématisation limitée.

12. *Etude sur le tic convulsif simple* (*tic convulsif de Trousseau*); par Ed. Martaud.

Intéressante étude de la forme légère de la maladie des tics convulsifs, dont elle se distingue par l'absence de phénomènes surajoutés (coprolalie, écholalie, échokinésie, idée fixe). Le tic simple survient le plus ordinairement chez un enfant prédisposé par ses antécédents héréditaires, quelquefois à la faveur de l'imitation, d'une émotion morale vive, d'une petite lésion passagère de la peau ou des muqueuses, mais plus souvent sans cause apparente. Il coïncide souvent avec des stigmates de dégénérescence et de légers troubles mentaux. C'est à la face et au cou qu'on le rencontre le plus fréquemment. Les mouvements sont soudains, brusques, arythmiques, indolores et le plus ordinairement conscients. L'émotion les exagère, le sommeil, l'attention, la volonté, les maladies fébriles, les manœuvres hypnotiques les diminuent ou même les suppriment. Ils doivent être distingués des tremblements qui coexistent avec ceux de l'incoordination motrice du tabes, des chorées, des tics réflexe, symptomatique, neurasthénique, hystérique. On ne peut préciser le siège exact ni la nature du processus. Le pronostic serait bénin, n'était la prédisposition des malades aux maladies mentales ou nerveuses. Les traitements sont le plus souvent impuissants. On peut espérer cependant quelques bons résultats de l'emploi de la suggestion hypnotique, surtout quand les malades présentent quelques stigmates hystériques.

13. *La bicyclette considérée au point de vue hygiénique et moral*; par G.-M.-E. Martin.

L'auteur consacre un chapitre aux bienfaits que l'on peut retirer de l'usage de la bicyclette dans certaines affections du système nerveux. Mais si le cyclisme possède à son actif la guérison d'une certaine catégorie de neurasthéniques, et l'amélioration d'un grand nombre de paralysies et d'atrophies musculaires, il peut être néfaste aux surmenés intellectuels, et il faudra toujours ordonner avec prudence ce genre de sport chez un grand nombre de névropathes. (*A suivre.*)

VI.— *L'épilepsie;* par J. Voisin. Paris, in-8, 1897. F. Alcan, éditeur.

Etude clinique parfaite, nourrie d'observations à méditer avec soin, dans laquelle M. Voisin prodigue le talent qu'on lui connaît. Que d'enseignements magistraux sur la définition, les causes, la symptomatologie, les formes, l'évolution, le diagnostic et le pronostic de ce « syndrome, c'est-à-dire de cet ensemble de symptômes que l'on trouve plus ou moins réunis chez un même individu ». La pathogénie y est particulièrement intéressante. On ne connaît pas de lésion pathognomonique de l'épilepsie. Mais cela ne veut pas dire qu'il s'agisse d'une maladie *sine materia*. Les symptômes de l'épilepsie présentent la plus grande analogie avec les intoxications (*Archives de Neurologie*, n°s 98 à 102). La simultanéité de symptômes tels que les troubles digestifs, les manifestations épileptiques, et l'hypotoxicité de l'urine, rapprochée de la disparition de l'état gastrique et de l'apparition de l'hypertoxicité urinaire au moment où le malade revient à son état normal, semblent des preuves incontestables de l'existence d'un poison retenu ou fabriqué par l'organisme, qui déterminerait, chez un sujet prédisposé héréditairement, les manifestations épileptiques. La prédisposition est essentielle ; c'est : l'état d'équilibre instable de la cellule nerveuse. Le sang de ces malades, noir, poisseux, se coagulant presque immédiatement à l'air, contient des staphylocoques, qui secrètent des toxines dont l'accumulation exerce une action convulsivante. Elles irritent les centres vaso-moteurs soit en paralysant les vaso-dilatateurs, soit en excitant les vaso-constricteurs, et modifient aussi directement le protoplasma des cellules de l'encéphale ; cette dernière hypothèse expliquerait les paralysies (par inhibition) consécutives aux accès convulsifs. Mais il faut, au préalable, un état particulier de la cellule nerveuse connu sous le nom de prédisposition héréditaire. Cette prédisposition est mise en évidence par différentes causes : intoxication alcoolique, traumatisme, cicatrice, lésion du cerveau, irritation des terminaisons nerveuses, influence morale ou physique, etc. Quel que soit, au reste, le point d'où part l'irritation, celle-ci aboutit toujours à la cellule cérébrale. Seulement le syndrome épileptique évolue différemment suivant la cause ; ainsi, dans l'épilepsie réflexe, l'intelligence reste longtemps normale, tandis que dans l'épilepsie à état gastrique (par intoxication), l'hébétude postparoxystique et la démence consécutive (probablement par altération de la cellule) sont la règle. M. Voisin analyse merveilleusement les questions physiologiques en rapport avec les régions de l'encéphale et les trois plans de neurones. De la pathogénie ainsi conçue, il déduit la thérapeutique judicieuse, rationnelle, applicable aux diverses espèces considérées. Il n'a garde d'oublier l'assistance des épileptiques (ch. XI) et les adaptations médico-légales (ch. XII). Mirallié.

NÉCROLOGIE.



Le Dr Mesnet, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, etc., est mort le 13 janvier dernier. Il était né à Saumur en 1825, Il fut successivement externe (1845), interne (1847), médecin des hôpitaux (1859). On lui doit entre autres travaux : *Paralysie hystérique* (Thèse 1852) ; — *Folie rhumatismale ;* — *Somnambulisme pathologique ;* — *Somnambulisme provoqué et fascination ;* — *Hémoglobinurie paroxystique ;* — *Délire aigu hydrophobique ;* — *Aphasie avec hémiplégie gauche ;* — *le Sauvage du Var ;* — *Mémoire sur le choléra à l'hôpital Saint-Antoine*, etc. On trouvera de plus amples détails sur la vie du Dr Mesnet dans la remarquable notice publiée par M. A. Motet dans le n° 5 du *Progrès médical*, 1898.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

PRÉSIDENCE DE MM. GARNIER ET MEURIOT.

LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Mesnet et donne lecture du discours qu'il a prononcé sur sa tombe au nom de la Société.

Installation du bureau. — M. P. GARNIER, avant de céder le fauteuil de la présidence à M. Meuriot, passe en revue les travaux de la Société, au cours de l'année qui vient de s'écouler et souhaite la bienvenue à son successeur en l'invitant à le remplacer.

M. MEURIOT remercie la Société qui l'a désigné pour diriger ses travaux et félicite M. Garnier sur la façon délicate dont il s'est acquitté de ses fonctions de président.

Prix Aubanel. — LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce la réception d'un mémoire envoyé par M. Régis pour le prix Aubanel. Ce mémoire est remis à une commission composée de MM. Chaslin, Deny, Falret et Vallon.

Rapport de la Commission des Finances. — M. CHRISTIAN donne lecture d'un rapport de la commission des finances approuvant la gestion du trésorier.

Simulation préventive de la folie. — M. SÉGLAS. Il s'agit d'un individu M..., qui s'était rendu coupable d'une tentative d'escroquerie en prenant le nom de L..., et la qualité d'inspecteur divisionnaire de la sûreté. Pendant qu'il exécutait cette tentative avec un véritable esprit de suite, un luxe de combinaisons qui ne pouvaient être le fait d'un aliéné, d'un autre côté vis-à-vis de sa maîtresse et de différentes personnes avec lesquelles il se trouvait en rapport il commençait à tenir des propos absurdes de plus en plus extravagants, manifestant d'abord l'espérance, puis la conviction qu'il était inspecteur de la sûreté et destiné à une haute position. Après son arrestation, il continua d'abord à simuler le délire des grandeurs, avec des symptômes de confusion intellectuelle. Plus tard il allégua une amnésie de tous ces accidents pseudo-délirants et en même temps de tous les faits de l'escroquerie. M. Séglas expose un certain nombre de raisons qui ont pu faire diagnostiquer la simulation de ces phénomènes, et par suite de ceux simulés préventivement. L'individu finit par abandonner son système de défense et fut condamné à huit ans de prison.

M. GARNIER demande si, étant données les contradictions signalées par M. Séglas dans la conduite du prévenu, il n'existait pas chez lui une certaine débilité intellectuelle, comme cela arrive souvent chez les simulateurs.

M. SÉGLAS n'a pu considérer M... comme un débile : il était très

roué, très maître de lui. Ses contradictions n'étaient plus vraisemblablement que les maladresses d'un simulateur pris à son propre piège et qui essaye malgré tout de tirer tout le parti possible de son système de défense.

M. Vallon voudrait savoir si l'inculpé invoquait sa prétendue folie comme pouvant entraîner son irresponsabilité.

M. Séglas. — Non. Il restait logique avec lui-même en alléguant simplement une perte de mémoire. Marcel Briand.

VARIA.

IXe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.

Le 9e Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes français s'ouvrira à Angers, le lundi 1er août 1898, sous la présidence de M. le Dr Motet, membre de l'Académie de médecine. Le programme comprendra : 1° Questions mises à l'ordre du jour : — Pathologie mentale. *Les troubles psychiques post-opératoires*. Rapporteur : M. le Dr Rayneau, médecin en chef de l'asile d'Orléans. — Pathologie nerveuse. *Du rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux*. Rapporteur : M. le Dr Sabrazès, professeur agrégé de la faculté de médecine de Bordeaux. — Médecine légale. *Les délires transitoires au point de vue médico-légal*. Rapporteur : M. le Dr Vallon, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine).

2° Lectures, présentations, travaux divers ; — 3° Visite de l'asile d'aliénés de Maine-et-Loire ; — 4° Assemblée générale de l'Union des aliénistes français ; — 5° Excursions ; — 6° Impression et distribution des travaux du Congrès.

Prix de la cotisation : 20 francs. — Adresser, dès maintenant, les adhésions, les cotisations et toutes communications au secrétaire général du Congrès, M. le Dr Petrucci, directeur médecin en chef de l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire, près Angers (Maine-et-Loire).

FAITS DIVERS.

Académie de médecine. — *Prix proposés pour* 1898, 1899, 1900. — *Règlement*. — Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces

concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs. Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Huguier et Roger. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Amussat, d'Argenteuil, Audiffred, Baillarger, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Chevallier, Chevillon, Clarens, Desportes, Godard, Théodore Herpin (de Genève), Hugo, Huguier, Itard, Laborie, baron Larrey, Henri Lorquet, Meynot, Monbinne, Nativelle, Nivet, Perron, Ricord, Roger, Saintour, Stanski, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux, *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des Eaux minérales, des Epidémies, de l'Hygiène de l'Enfance et de la Vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet. Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

Année 1898. — *Prix de l'Académie*. 1.000 francs. — Question : *Des myélites infectieuses au point de vue clinique et expérimental.*

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). 800 francs. — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Baillarger. 2.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés. Les mémoires concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils disposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles, on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 398.

Vol. V. Avril 1898. N° 28

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DESCENDANCE DES INVERTIS;

Par Ch. FÉRÉ, médecin de Bicêtre.

Les perversions sexuelles ont beaucoup préoccupé les médecins et les moralistes dans ces dernières années. Si, comme la plupart des névropathies et des psychopathies [1], elles paraissent plus fréquentes qu'autrefois, c'est peut-être parce qu'on les a étudiées avec plus de soin. Leur multiplication pourrait s'expliquer par la sympathie au moins relative avec laquelle on les accueille. L'existence de l'inversion sexuelle telle qu'on l'entend chez l'homme ne peut pas être prouvée chez les animaux ; il n'est guère douteux que les conditions différentes de la sélection chez l'homme et chez les animaux soit capable d'expliquer cette différence, d'autant qu'en fait des perversions sexuelles acquises les animaux se laissent rarement dépasser par l'homme [2].

Le plus grand nombre des perversions sexuelles peuvent se développer sous l'influence de l'éducation, de l'imitation, de l'imagination, d'une irritation locale. Au premier abord on peut penser que lorsque le mal est sous la dépendance de causes dites psychiques, on peut intervenir utilement en

[1] Ch. Féré. — *Civilisation et névropathie.* (*Revue philosophique*, 1896, t. XLI, p. 400.)

[2] Ch. Féré. — *Les perversions sexuelles chez les animaux.* (*Revue philosophique*, 1897, t. XLIII, p. 494.)

agissant sur les conditions de milieu, sur l'imagination, sur la volonté. Toutefois si on parcourt les ouvrages des auteurs les plus autorisés qui ont usé de la suggestion, on peut conserver des doutes sur la réalité de leurs succès. L'hypnose, même « forcée », parait en général inefficace[1]. Ce n'est pas toutefois qu'on puisse nier absolument la guérison des perversions acquises; mais celles qui guérissent se sont en général développées en conséquence de conditions organiques sur lesquelles on peut exercer une action efficace, ou bien elles suivent l'évolution favorable d'un état morbide[2]. La réalité de ces guérisons peut faire comprendre le mécanisme de la perversion et la possibilité de la guérison des perversions acquises quelles qu'elles soient.

A côté des perversions acquises qui peuvent se développer à tout âge, suivant les circonstances, il faut distinguer d'autres perversions dont on retrouve les premières manifestations à l'époque de l'éveil de la fonction génitale, et même souvent avant; il s'agit de perversions dites congénitales.

C'est à un groupe de perversions congénitales qu'on réserve particulièrement le nom d'inversion sexuelle. Cette anomalie peut, tout comme le daltonisme, la nyctalopie, ou toute autre anomalie fonctionnelle, tant qu'elle n'abolit pas la fonction sexuelle, se transmettre héréditairement, soit au même degré, soit en s'aggravant; d'autres fois elle se manifeste chez plusieurs individus d'une même génération sans qu'on puisse remonter à un ascendant commun atteint à un degré atténué. L'analogie de ces familles avec les familles tératologiques est frappante.

C'est l'intérêt que présente le caractère héréditaire ou familial de l'inversion sexuelle qui m'a engagé à reproduire ici quelques réflexions que j'ai déjà exposées ailleurs[3] en les appuyant d'un fait nouveau.

[1] L. Schwartz. — *Contribution à l'étude de l'inversion sexuelle*, thèse Montpellier, 1896, p. 34.

[2] Ch. Féré. — *Accès périodiques de perversion instinctive chez un goutteux.* (*La Flandre médicale*, 1er juillet 1894.) — *Une hyperesthésie génitale en rapport avec la brièveté du frein de la verge.* (*Revue de chirurgie*, 1895, p. 333.) — *Note sur une perversion sexuelle liée à l'ataxie locomotrice.* (*La Belgique médicale*, 1897, n° 2.)

[3] *La descendance d'un inverti, contribution à l'hygiène de l'inversion sexuelle.* (*Revue générale de clinique et de thérapeutique, journal des praticiens*, 1896, n° 36, p. 561.)

L'inversion sexuelle, l'attraction spontanée sensuelle, sentimentale ou intellectuelle pour un individu du même sexe est considérée par la plupart des médecins comme un stigmate de dégénérescence. Krafft-Ebing admet que cette anomalie instinctive est liée à l'évolution des organes génitaux, qui sont en réalité bisexués jusqu'au troisième mois de la vie intra-utérine. Cet auteur pense qu'au début de l'évolution les centres cérébro-spinaux doivent aussi être bisexués. Quand la spécialisation génitale est déjà réalisée, la spécialisation cérébrale est encore latente. On peut comprendre que la spécialisation qui s'effectue le plus lentement ait plus de chances d'être troublée et qu'il arrive que, malgré une spécialisation génitale régulière, la spécialisation cérébrale soit en défaut, pervertie ou invertie. Le fait est qu'on rencontre un certain nombre d'individus atteints d'inversion instinctive du sens génital et qui ne présentent aucune anomalie somatique grossière et en particulier aucune malformation des organes génitaux internes ou externes.

Plusieurs auteurs, et en particulier Max Dessoir, ont considéré l'indécision sexuelle comme normale pendant les premières années de la puberté ; on peut déduire de cette circonstance que l'inversion est un arrêt de développement (Ellis) favorisé par le milieu scolaire. Toutefois, il s'en faut que l'anomalie coïncide constamment avec un retard d'évolution ; souvent elle est en relation avec une précocité remarquable [1].

Pour Havelock Ellis, l'inverti est caractérisé par une anomalie prédisposante congénitale ou un complexus de petites anomalies qui lui rendent difficile ou impossible l'attraction sexuelle vers l'autre sexe, facile au contraire l'attraction pour son propre sexe. Cette anomalie peut apparaître spontanément, ou être mise en activité par des circonstances accidentelles [2]. Cette conception ne diffère pas au fond de celle de Krafft-Ebing et des auteurs qui admettent que l'inversion est un caractère de dégénérescence. L'inversion sexuelle est souvent liée, comme le reconnaît bien Ellis, à un tempérammenl névropathique. Elle peut être liée d'ailleurs à des anomalies des caractères sexuels.

[1] F, Péloü. — *De la précocité et des perversions des instincts sexuels chez les enfants.* (Thèse Bordeaux, 1897.)

[2] Havelock Ellis. — *Studies in the psychology of sex*, 1897, t. I, p. 140.

L'existence d'invertis, normaux au point de vue morphologique, peut justifier à première vue l'opinion des dissidents qui admettent que les invertis peuvent n'être ni des dégénérés, ni des criminels, ni des malades. Raffalovich[1], qui défend l'intégrité intellectuelle et morale des invertis supérieurs, établit à juste titre des distinctions parmi les invertis ou uranistes. Il y a des chastes, des modérés, des sensuels et des vicieux. Il y a parmi les uranistes virils des catégories, les uns qui recherchent l'homme pour ses qualités viriles, soit au point de vue psychique, soit au point de vue sensuel, ou à la fois au point de vue psychique et au point de vue sensuel ; d'autresqui recherchent dans un autre mâle une sensibilité plus délicate que celle de l'homme ou de la femme, d'autres enfin qui aiment le mâle comme des individus normaux aiment la femme. Ce ne sont guère ces sujets que les médecins ont eu en vue dans leurs descriptions, ils se sont surtout attachés aux invertis dont les amours sont des amours de femme, qui miment la femme dans ses goûts, dans sa tenue, aussi bien que dans son attitude dans l'acte sexuel lorsqu'ils le recherchent. On pourrait établir les mêmes distinctions chez la femme, dont les inversions sexuelles sont beaucoup moins connues.

Quelle que soit la forme de l'inversion sexuelle, si elle est congénitale elle résiste à tous les traitements. Si, sous l'influence de la suggestion ou d'un traitement tonique et excitant, l'inverti peut arriver à vaincre sa répugnance pour l'autre sexe. le résultat obtenu est bien plutôt la perversion de l'inverti que la guérison de l'inversion. Il est donc permis de mettre en doute l'utilité du traitement et même la légitimité de la tentative.

L'inverti qui n'est pas l'esclave de son instinct sexuel, celui qui est chaste, soit par tempérament, soit parce qu'il est assez maître de lui pour ne pas se mettre en dehors d'une loi qu'il reconnaît être celle de la nature, est inoffensif au point de vue social. Celui qui est capable de faire dériver dans un travail utile l'énergie d'une tendance qu'il reconnait comme morbide ou comme hors de la loi naturelle, peut être un homme non seulement inoffensif, mais un homme utile.

[1] M. A. Raffalovich. — *Uranisme et unisexualité. Études sur les différentes manifestations de l'instinct sexuel*, 1896.

L'inverti qui obéit à ses impulsions devient au contraire nécessairement un agent de corruption.

Il n'y a que la longue habitude qui soit capable de lutter contre l'instinct. La résistance aux instincts sexuels contraires a d'autant plus de chances de pouvoir être développée que les tentatives de dérivation sont faites à un âge plus tendre. Ce n'est donc pas sans raison que Raffalovich appelle l'attention sur l'utilité que peut avoir l'étude de l'instinct sexuel chez les enfants.

L'entraînement des invertis à la chasteté est l'indication fondamentale de leur éducation. Les tentatives de redressement de l'instinct sexuel ne peuvent aboutir qu'à faire de l'inverti un débauché ou un mari malheureux, tandis que, par la chasteté, il peut tendre aux buts les plus nobles. Il doit apprendre qu'on ne sert pas seulement la société en lui donnant des enfants : nombre d'hommes des plus utiles à l'humanité ont vécu dans le célibat et dans la chasteté. Le génie est en général célibataire et souvent continent.

Mais ce genre d'éducation ne peut réussir que chez des individus à tendances modérées ; chez les invertis à impulsions violentes, il manque à coup sûr son but, et les médecins qui tendent à faire de l'inverti un coureur de filles qui ne sont plus à corrompre et qui ne se reproduisent guère, pour lui éviter de devenir un coureur de garçons honnêtes, travaillent en somme pour le moins mal.

D'ailleurs, il ne faut pas croire que tous les invertis soient résignés à leur sort. Ils montrent bien qu'ils sont incapables d'éprouver des sensations et des sentiments normaux, mais ils en souffrent. Ils souffrent d'être autrement que les autres, ils souffrent de ne pouvoir tenir la même place dans la société. Il y a souvent intérêt pour l'anormal et pour son entourage à lui laisser une illusion, un espoir éloigné.

Mais si l'entraînement à la chasteté est souvent impossible, si souvent on est réduit à recourir à une dérivation sexuelle, faute de mieux, parce que le sujet n'est pas capable de poursuivre un but plus élevé, d'atteler sa charrue à une étoile ; il n'en est pas moins hors de doute que l'entraînement à la chasteté doit rester l'idéal du médecin aussi bien que de l'éducateur. Et la raison fondamentale en est que l'inverti, si supérieur soit-il, est toujours un dégénéré. La perversion de l'instinct sexuel est un caractère de dégénérescence au pre-

mier chef, puisqu'elle a pour suite nécessaire la dissolution de l'hérédité. M. Raffalovich, qui admet l'inversion sans dégénérescence, se sert d'un argument qui donne la mesure de sa critique : « Mais l'unisexualité n'entrave pas la conservation de la race, puisqu'elle s'est trouvée dans tous les temps, dans tous les pays du monde. » Quoi qu'en puisse dire cet auteur, il y a une distinction absolue entre l'homme hétéro-sexuel et l'homme homo-sexuel, au moins au point de vue des chances de reproduction ; si la race se perpétue, les invertis n'y contribuent guère.

Si l'on pouvait établir par des faits que l'inverti supérieur n'est pas un dégénéré et qu'il peut fournir une descendance qui rentre dans la loi en bénéficiant de l'hérédité de ses qualités, l'entraînement à la chasteté ferait fausse route. Mais ce genre de preuves de l'absence de dégénérescence, M. Raffalovich, économe d'ailleurs de documents originaux, ne nous la donne pas.

L'absence de stigmates morphologiques n'exclut pas la dégénérescence. Darwin a fait remarquer à juste titre que la fonction sexuelle est la plus délicate de toutes; il est permis d'admettre qu'elle puisse être atteinte à l'exclusion des autres, et que, surtout, elle puisse ne pas se trahir par des malformations extérieures.

En admettant que l'inversion sexuelle soit aussi fréquente chez les hommes remarquables qu'on veut bien le dire, on ne peut pas en conclure que l'inversion est un phénomène normal : il y a coïncidence de deux anomalies.

La fonction sexuelle comporte la mise en jeu de deux éléments de sexe différent. Quant l'un des éléments fait défaut à la conjonction, la fonction ne s'exerce pas, il y a abolition bien plutôt qu'anomalie de la fonction. On donne improprement le nom de perversions sexuelles aux perversions de la recherche du plaisir procuré par l'excitation des organes génitaux liée à la fonction sexuelle, aux perversions de l'appétit vénérien. Quand les perversions de l'appétit vénérien ne sont pas les signes extérieurs de la dissolution congénitale de la sexualité, ils deviennent les agents d'une dissolution acquise. La pédérastie n'est pas une fonction sexuelle pervertie, ce n'est pas du tout une fonction sexuelle. c'est une perversion de l'appétit vénérien. Ce qu'on appelle instinct sexuel contraire est, en somme, la négation de l'instinct sexuel;

l'expression d'homosexualité qu'on lui applique quelquefois est parfaitement appropriée à l'idée fausse qu'on se fait de la chose, étant aussi illogique.

La dégénérescence de l'inverti capable de se reproduire peut s'objectiver dans les défauts de la descendance.

Observation I. — Je soigne depuis une dizaine d'années un jeune épileptique qui a maintenant dix-huit ans et ne présente plus, depuis quatre ans, aucune attaque convulsive; mais il est resté sujet à des crises d'excitation violente de formes diverses. Il est d'ailleurs à peu près imbécile (1896).

Ce jeune homme est le fils aîné de la famille : deux frères de deux et quatre ans moins âgés que lui sont tout à fait idiots; une sœur, née deux ans plus tard, a succombé aux convulsions à l'âge de six mois. La mère est morte d'accidents puerpéraux en accouchant de cette fille; elle était vigoureuse et bien portante, n'avait jamais éprouvé de troubles névropathiques; elle a deux sœurs qui ont chacune des enfants normaux comme elles. Quant au père, c'est un homme remarquable autant au point de vue morphologique qu'au point de vue fonctionnel; c'est un homme d'une intelligence supérieure. On ne connaît non plus aucune tare névropathique dans sa famille; il n'a jamais eu qu'un frère d'un an plus âgé, qui a aujourd'hui quarante-sept ans, et a fourni une carrière brillante; il est célibataire. Ce frère ne présente aucune tare physique, mais on a aucun renseignement sur ses fonctions génitales. Pendant la période où ils ont eu leurs enfants, le père et la mère n'ont eu aucune maladie infectieuse reconnue, ni aucune intoxication qui ait frappé l'attention, et ils n'ont été victimes d'aucun accident; il n'ont pas eu à souffrir de tourments dignes d'être signalés pour donner une explication de la dégénérescence de la génération actuelle.

La pathogénie s'est éclaircie, il y a quelques mois. Notre jeune impulsif était devenu depuis quelque temps singulièrement attentionné pour son frère cadet; on l'avait surpris plusieurs fois se livrant sur lui à des attouchements qui ne laissaient aucun doute sur ses intentions; enfin, dans un accès d'excitation plus intense, il fit une tentative de pédérastie. Ce garçon montre une antipathie marquée pour les filles; mais on n'a pu en tirer aucune confidence. Le père fut très ému, et, en venant me demander conseil sur les précautions à prendre, fut amené à me faire des confidences qui n'avaient pas été motivées jusqu'alors.

Dès l'âge de six ans, il avait plaisir à voir les hommes, principalement les hommes munis des caractères sexuels accessoires bien marqués, barbus, à voix forte; plus tard, il recherchait l'occasion de voir des hommes nus, et ses premières excitations génitales se

manifestèrent à cette vue. Lorsque la puberté vint, ses goûts s'accentuèrent, il recherchait les camarades plus âgés que lui et paraissant les plus développés; dans ses rêves érotiques, c'étaient de ces garçons qu'il s'agissait. D'ailleurs, depuis, pendant ses longues périodes de continence, il n'a jamais eu de rêves lubriques où une femme ait figuré à un titre quelconque. Dans ses rêves il s'agissait de contacts, de baisers, mais jamais de rapports sexuels. Il s'est livré à la masturbation, mais jamais en commun. Il se sentait poussé à rechercher des contacts, mais une sorte de terreur invincible le retenait. Ce n'est qu'à l'âge de seize ans qu'il comprit qu'il différait de ses camarades. Il s'en ouvrit à son confesseur, qui le rassura et l'encouragea à la chasteté. Livré à lui-même, il resta assujetti aux mêmes penchants; la recherche des contacts le préoccupait moins qu'au collège, mais il éprouvait toujours les mêmes sensations, aussi bien dans le rêve que dans la veille.

Il comprit, dans certaines lectures, qu'il s'agissait d'un état morbide et que la médecine pourrait lui être de quelque secours. Mais il lui répugnait de découvrir ce qu'il considérait lui-même comme une tare. Il avait renoncé à la masturbation, il se sentait de force à rester chaste, il avait besoin de travailler, il garda son secret. Sa famille lui conseillait le mariage qui devait améliorer et assurer sa situation. Il consulta un médecin qui lui conseilla de s'exercer au coït, et lui affirmant que le goût lui en viendrait; on lui prescrivit l'hydrothérapie et un régime excitant.

Ses idées religieuses se joignant à une répulsion instinctive, il fut longtemps à se décider. Mais la honte de ne pas pouvoir être père de famille, ni remplir ses devoirs sociaux, et peut-être aussi la curiosité, finirent par l'emporter. Il fit plusieurs essais infructueux : d'abord le dégoût l'empêcha de pousser la tentative jusqu'au bout; puis, malgré sa bonne volonté, la défaillance se produisait au moment d'arriver au but. Une répugnance invincible suspendait ses essais. Il fut plus de six mois avant de réaliser un rapport complet. Ceux qu'il eut plus tard constituaient pour lui une tâche pénible. Il pensa que dans le mariage la plupart des raisons qu'il cherchait à se donner de ses répugnances n'existeraient plus, il se maria. Mais sa femme est restée pour lui un objet de répulsion qu'il ne peut dissimuler qu'au prix d'efforts dont il ne comprend plus la possibilité; les caresses qu'il ne lui accordait que par devoir lui coûtaient des dégoûts et des efforts inénarrables; les rapports complets ont été très rares, guère plus nombreux qu'il n'en a fallu pour obtenir les produits qu'il déplore. Ses penchants homosexuels se sont manifestés dans plusieurs circonstances où il fut en relation avec des hommes dont l'aspect correspondait à ses préférences; mais jamais il ne s'est laissé aller à une démonstration quelconque. Depuis qu'il est veuf, il a toujours résisté à ses désirs, et il ne doute pas qu'il eût été capable de conserver le même empire sur lui-

même avant son mariage, si on ne l'avait pas encouragé à vaincre son instinct.

Cet homme, qui a quarante-six ans, a tous les attributs de la virilité, il est vigoureux, barbu et n'a aucune anomalie appréciable de l'intelligence ou du caractère.

L'opinion fausse que l'inversion sexuelle est une perversion de l'imagination sans base organique et qu'il faut la vaincre par la persuasion et par tous les moyens susceptibles de favoriser l'accomplissement de l'acte sexuel, a été pour cet homme une cause de maux irréparables liés à l'infirmité de ses enfants. Il dirige un établissement industriel considérable où il a fait preuve d'une grande intelligence et d'une grande puissance d'application. Il s'occupe activement de sociologie appliquée et d'œuvres de bienfaisance. Sa vie actuelle montre bien qu'il pouvait facilement vivre dans la chasteté et se contenter de satisfactions intellectuelles; et il faut reconnaître que ce n'est pas sans raison qu'il accuse ses conseillers.

L'observation suivante présente la plus grande analogie avec la précédente; il s'agit d'une femme, circonstance qui n'est pas sans intérêt, car l'inversion sexuelle chez la femme, n'a fait l'objet que de peu nombreuses publications. Cependant Havelock Ellis a pu en réunir un certain nombre d'exemples, et il est possible que la rareté qui paraît indiquée par la pauvreté de la littérature médicale, soit plus apparente que réelle. L'existence plus retirée de la femme se prête mieux à la dissimulation. L'association moins fréquente chez elles de la perversion sexuelle avec la criminalité commune se prête moins à la formation de groupes qui, par la variété de leur délinquence, ont chez l'homme plus de chances de frapper l'attention.

Observation II. — J'ai été consulté au mois de juin 1897 pour une jeune fille de vingt-quatre ans qui présente depuis l'époque de l'apparition des règles, à treize ans, des absences très courtes se répétant à des intervalles variables, tantôt plusieurs fois dans une journée, tantôt seulement après une suspension de plusieurs mois, et constituée par une pâleur subite avec fixité du regard, suspension de l'acte commencé, tiraillements dans la commissure labiale gauche, avec perte de connaissance durant seulement quelques secondes. Ces absences ne sont suivies d'aucune obnubilation, d'aucune fatigue, et ne paraissent pas avoir affaibli l'intelligence. A ces

absences se sont ajoutés depuis le mois de décembre dernier des accès mélancoliques précédés d'irritabilité pendant quelques heures et à début subit. La malade se plaint de la tristesse de la vie, de la prédominance des circonstances malheureuses, de la malveillance dont elle est entourée : la mort est ce qui peut arriver de mieux. Ces accès durent une heure ou deux, puis disparaissent aussi subitement qu'ils étaient apparus. Sa mère est d'autant plus inquiète de ces accès qu'une autre fille s'est suicidée. En dehors de ces paroxysmes qui se sont reproduits 14 fois, de décembre 1896 à juin 1897, et des absences, cette jeune fille jouit d'une santé parfaite; elle est grande et bien constituée, plutôt jolie et avec une expression sympathique. Jusqu'à la puberté, elle n'avait présenté aucun accident nerveux et n'avait souffert d'ailleurs que de quelques angines et de la rougeole à dix ans. Sa menstruation est toujours régulière. Elle ne présente aucun trouble important de la sensibilité ni de la motilité, son intelligence est normale; elle paraît d'une grande indifférence sexuelle, mais ne manifeste pas de répulsion anormale comme sa sœur. J'ai considéré les absences et les accès mélancoliques comme appartenant à la série épileptique et leur éloignement sous l'influence du traitement paraît donner raison à ce diagnostic.

Cette jeune fille avait eu deux sœurs aînées : la première avait succombé aux convulsions au sixième mois; la seconde, qui s'est suicidée en novembre 1895, avait eu aussi des convulsions dans l'enfance à plusieurs reprises; elle avait marché tardivement, elle n'avait pas parlé distinctement avant trois ans, et elle avait eu des mictions nocturnes involontaires jusqu'à sept ans. A partir de cette époque elle s'était bien développée; elle avait été réglée à douze ans et demi sans aucun trouble et la menstruation avait toujours été régulière et sans douleur. Elle était d'une intelligence moyenne, affectueuse avec ses parents. Mais depuis l'âge de la puberté on remarquait qu'elle manifestait un éloignement marqué pour les hommes jeunes, tandis qu'avec les jeunes filles elle se montrait communicative et tendre. Depuis l'âge de seize ans, elle s'était particulièrement liée avec une jeune fille de son âge avec laquelle elle se rencontrait chaque jour plusieurs fois et à laquelle elle trouvait toujours un prétexte pour écrire une lettre au moins chaque soir. Son amie, qui paraissait lui rendre son affection, lui écrivait très rarement, et dans quelques lettres qu'on a retrouvées plus tard on n'a rien trouvé qui indiquât de sa part un sentiment anormal. A vingt ans, cette jeune amie fut l'objet d'une demande en mariage, qui fut d'ailleurs rejetée. L'idée d'une possibilité de mariage de son amie détermina chez la sœur de notre malade une émotion profonde suivie d'insomnie, et quatre jours après d'une attaque de chorée généralisée, avec un état mélancolique bien marqué qui dura cinq mois. La difficulté d'écrire n'avait pas arrêté la

correspondance qui était même devenue plus abondante. L'amie avait été plusieurs fois recherchée depuis; mais elle avait dissimulé avec soin. Cependant elle avait été elle-même plusieurs fois l'objet de recherches qu'elle avait repoussées avec une sorte d'horreur, et sa mère avait renoncé à lui communiquer celles qui se produisirent plus tard. On verra que sa mère était bien disposée à ne pas contrarier ses sentiments. Au mois de novembre 1895, c'est-à-dire quatre ans après l'éventualité qui avait provoqué l'attaque de chorée, l'amie répondit par une acceptation à une offre accueillie par sa famille, et la dissimulation ne fut pas longtemps possible. A une crise de pleurs qui dura plusieurs heures, on vit succéder une attitude de résignation qui parut de bon augure; la jeune fille déclara que, puisque son amie se mariait, elle ne pouvait plus lui inspirer que du dégoût, qu'elle ne la reverrait plus. La mère, qui surveillait l'insomnie et l'absence d'alimentation à peu près complète, n'était pas sans inquiétude; on épiait ses mouvements particulièrement la nuit. Mais le troisième jour au matin, elle sortit avec une tranquillité apparente pour une promenade qui n'inspira pas d'inquiétude. Quelques heures plus tard, on la retrouvait morte dans un puits abandonné.

La mère ne connaissait à sa fille morte pas plus qu'à sa fille vivante aucune anomalie somatique et en particulier aucune anomalie des organes génitaux ou des organes sexuels accessoires; les hanches étaient bien développées, les seins plutôt volumineux. Cependant elle ne doute pas qu'il ait existé chez celle qui s'est suicidée, des anomalies des sentiments sexuels. Cette opinion s'appuie sur certaines particularités qu'elle avait remarquées chez sa fille et qu'elle avait éprouvées elle-même.

Elle a cinquante-trois ans. Elle appartient à une famille qui a toujours vécu à la campagne et composée de gens qui paraissaient sains au point de vue mental : son père est mort à cinquante-six ans d'une fluxion de poitrine; un oncle paternel vit encore à soixante-douze ans et se porte bien, mais est affecté depuis au moins vingt ans d'un tremblement des mains. Une tante paternelle, vivante aussi, est atteinte de rhumatisme chronique depuis l'âge de quarante-huit ans; la mère est morte d'un cancer utérin, à cinquante-cinq ans; elle avait une sœur jumelle morte l'année suivante de la même affection. Un oncle paternel est d'une santé parfaite à soixante-deux ans. Parmi ses collatéraux, elle ne connaît pas d'aliénés, ni de gens excentriques; mais dans la ligne maternelle il y a plusieurs jumeaux.

Elle-même est jumelle, sa sœur est morte du croup à trois ans, de même qu'un frère d'un an plus jeune. Elle était bien conformée et s'est développée normalement; elle a eu des mictions nocturnes jusqu'à huit ans, mais en dehors de ce trouble elle n'a souffert d'aucun accident nerveux jusqu'à la puberté qui s'est établie nor-

malement à onze ans et demi sans jamais avoir été troublée depuis en dehors des grossesses. Dans son enfance elle n'avait présenté aucune particularité qui pût être considérée comme un signe précurseur d'anomalies sexuelles, elle jouait volontiers avec les petites filles, se livrait à des ouvrages et des amusements de fille, n'éprouvait aucune gêne ni aucune répulsion vis-à-vis de ses cousins ni des petits garçons au contact desquels elle pouvait se trouver. C'est seulement quelques mois avant l'apparition des premières règles, qu'elle a commencé à éprouver vis-à-vis des garçons ou des hommes jeunes, une gêne pénible, puis une répulsion invincible qu'elle ne sentait nullement en face d'hommes plus âgés et en particulier en face d'hommes qui avaient atteint l'âge de son père. Vers la même époque elle se trouvait entraînée à des caresses dont l'idée ne lui était pas venue jusque-là envers plusieurs jeunes filles, et en particulier envers une qui en peu de temps devint l'objet exclusif de sa tendresse. Elle travaillait pour elle, lui écrivait de longues lettres à tout propos tâchant d'en obtenir à titre de souvenir les objets les plus intimes, qu'elle conservait dans des sachets qu'elle confectionnait à cette intention, lui prodiguait les baisers, mais sans en venir jamais à des attouchements sexuels, de telle sorte qu'elle reste convaincue que cette jeune fille n'a jamais su quelle était la véritable nature de ses sentiments. Elle-même ne les ignora pas longtemps, car il lui arriva d'avoir des pollutions nocturnes à propos de rêves où il se produisait des contacts, ou diurnes même à propos du contact de certaines régions en particulier du cou et de la nuque. Ces pollutions s'accompagnaient de sensations de plaisir sexuel très vif, mais étaient immédiatement suivies d'un sentiment pénible de honte vague, de sorte qu'elle les redoutait et qu'elles ne se produisaient qu'en raison de contacts involontaires, pendant les caresses auxquelles elle se laissait emporter. Elle avait seize ans, il y avait plus de quatre ans que ces phénomènes se produisaient sans qu'elle s'en inquiétât. Un jour qu'elle avait entendu une conversation de jeunes femmes qui lui avait ouvert l'attention, elle s'adressa à son confesseur, qui était ami de la famille. Non seulement il lui ordonna de cesser toute relation avec son amie, mais il arrangea un éloignement forcé. Elle eut un grand chagrin à la fois de la séparation et de la découverte de quelque chose qui la rendait différente des autres. Son ancienne amie reparaissait de temps en temps dans ses rêves ou dans ses rêveries, mais lorsqu'elle rencontrait une autre jeune fille qui l'attirait, elle luttait contre son désir et évitait tout ce qui pouvait ressembler à une caresse ou à une marque d'intimité. Cependant il lui arriva plusieurs fois, rien qu'au contact de la main, d'éprouver brusquement une pollution avec sensation très vive suivie d'un sentiment de honte qui lui laissait au front une violente rougeur. Cette réaction s'est produite au contact de 4 personnes différentes. Le contact des hommes lui

causait toujours une répulsion violente, et lorsqu'elle entendait parler de l'éventualité du mariage elle éprouvait une agitation pénible et restait plusieurs nuits sans dormir. Les conversations des jeunes femmes ou des jeunes filles mieux renseignées qu'elle, la mettaient dans un état d'agitation particulièrement pénible. Elle rejeta plusieurs demandes en mariage qui se présentaient dans les conditions les plus favorables. Elle refusa d'abord systématiquement, disant qu'elle ne se marierait jamais; mais comme on supportait fort mal cette décision, elle donna des prétextes plus ou moins justifiés, basés sur des défauts individuels ou sur des conditions accessoires plus ou moins futiles. Elle avait vingt-quatre ans, quand elle fut l'objet d'une demande qui se présentait dans de telles conditions de convenances que les parents insistèrent vivement. Elle sentait bien qu'il faudrait un jour arriver à une solution ; et elle-même d'ailleurs se sentait humiliée de ne pas se marier, de ne pas devenir mère de famille, bien que la maternité lui inspirât une répulsion au moins aussi grande que les actes sexuels préalables. Elle consulta son confesseur qui lui conseilla le mariage qui d'après lui devait faire cesser toutes ses mauvaises tendances ou au moins lui rendrait plus facile la résistance aux tentations avec l'aide de son mari auquel elle devait se soumettre sans restriction. Elle consentit. Les fiançailles et leurs suites furent pour elle l'occasion d'une série d'angoisses. La consommation du mariage lui inspirait une véritable terreur; elle ne pouvait supporter qu'en s'armant de tout son courage le contact de son fiancé. Mais la honte qui revenait sans cesse de ne pas être comme les autres, l'excitait à se laisser faire : c'est ce qui eut lieu. Les premiers rapprochements sexuels n'avaient pu s'accomplir qu'après une crise d'angoisse qui détermina une syncope. Mais la délicatesse de son mari pour lequel à défaut d'amour elle avait de l'estime et de l'affection, finit par triompher de ses répugnances physiques ; elle s'habitua à ses caresses qu'elle toléra comme une nécessitée mais qui n'ont jamais provoqué chez elle autre chose qu'une sensation pénible qu'elle ne supportait que par devoir.

Elle eut successivement trois grossesses qui se passèrent sans autre accident que des vomissements d'ailleurs peu durables. Les accouchements se firent aussi normalement et n'eurent aucune suite fâcheuse; mais dans aucun des trois cas il ne se produisit de sécrétion lactée, ni aucun gonflement des seins.

Les organes paraissaient assez volumineux, mais en réalité la graisse remplissait la place des glandes, qui étaient peu développées. Il n'est pas douteux qu'elle ait élevé ses enfants avec beaucoup de soin et qu'elle les a toujonrs et en toutes circonstances traités en bonne mère; mais elle prétend qu'elle n'a jamais éprouvé les joies de la maternité qu'elle a entendu exprimer autour d'elle. Les grossesses et les accouchements n'ont amené aucun

changement ni dans les sensations ni dans les sentiments sexuels. Ses tendances homosexuelles se révélaient de temps en temps soit dans les rêves soit dans la veille à propos de contacts et ils se traduisaient par les mêmes phénomènes qu'autrefois. Elle prétend que quand elle a perdu son enfant elle a été moins affectée que par la mort de son père ou de sa mère; elle souffre autant de n'être pas une mère comme les autres que de n'être pas une femme comme les autres. Son mari est de douze ans plus âgé qu'elle[1]; les rapports sexuels se sont éloignés de bonne heure, sa froideur aidant, et depuis l'âge de trente-huit ans elle n'en a plus eu aucun; mais elle est encore sujette, bien que la menstruation ait fait défaut depuis deux ans, à des pollutions nocturnes ou diurnes dans les mêmes conditions qu'autrefois.

Elle voit dans le suicide d'une de ses filles la preuve de l'hérédité directe de son anomalie sexuelle, et dans les accidents nerveux des deux autres son inaptitude génératrice, elle s'accuse d'avoir, malgré ses soins, mal répondu à l'affection de son mari et elle conclut qu'elle aurait fait moins mal si elle ne s'était pas mariée. Elle affirme qu'elle aurait pu continuer à résister aux actes qu'elle considère comme coupables, puisqu'elle ne s'était jamais senti d'impulsions de ce genre.

Comme chez l'homme de l'observation précédente, la conscience d'une anomalie sexuelle est très évidente chez cette mère; elle souffre de n'être pas comme les autres femmes, tant au point de vue de l'appétit sexuel qu'au point de vue de l'amour maternel.

M. Raffalovich a prétendu que c'était une grossière erreur que croire que les invertis ont conscience de leur anomalie[2]. Cette croyance pourtant pouvait s'appuyer sur un bon nombre de faits d'invertis qui sont allés consulter des médecins. Il est vrai que M. Raffalovich, qui accueille volontiers les faits divers[3] des journaux, conteste la valeur des observations médicales. Pourtant il me semble que la raison concorde avec l'observation pour faire admettre qu'un bon nombre d'invertis ont conscience qu'ils sont anormaux. Les invertis peuvent penser qu'ils sont dans leur droit de sentir comme ils sentent, ils peuvent même n'avoir aucune hésitation à réclamer le droit de s'accoupler suivant leur instinct,

[1] C'est actuellement un homme de soixante-cinq ans, paraissant plus jeune que son âge, sobre, n'ayant eu aucune maladie depuis son mariage.

[2] *Annales de l'unisexualité*, 1897, p. 37.

[3] *Ibid.*, p. 47 et suivantes.

ils peuvent même se croire supérieurs à ceux qui sentent et pensent autrement; mais quand ils voient faire ceux qui les entourent ils ne peuvent pas croire qu'ils leur ressemblent, qu'ils sont dans la règle, qu'ils sont normaux en un mot, sans être en même temps des invertis et des fous. J'ai observé un inverti qui était bien convaincu que sa manière d'être était tout aussi normale que l'autre, mais ce n'était pas sa seule manifestation de folie [1].

Quant à l'hérédité de l'inversion sexuelle, elle n'est pas suffisamment établie dans ces observations : l'inversion est tout au plus vraisemblable chez la fille suicidée ; quant à l'idiot il ne peut servir de preuve, car chez les idiots les perversions sexuelles sont fréquentes, en dehors de toute hérédité similaire. Mais ce qui n'est pas douteux c'est que cette mère invertie a donné naissance à une fille qui a succombé aux convulsions, à une autre névropathe suicidée, et à une autre qui présente au moins de grandes ressemblances avec une épileptique. On peut être de son avis et admettre que la reproduction n'était pas plus désirable pour elle que pour la communauté. Son observation concorde tout à fait avec la précédente, où on voit un inverti donner naissance à quatre enfants défectueux.

Je me trouve donc autorisé à persévérer dans l'opinion que j'ai déjà exprimée.

Si les perversions acquises sont susceptibles d'être efficacement traitées par des moyens qui s'adressent aux conditions pathogènes, l'inversion congénitale est en dehors du champ d'action de la médecine; il n'est pas plus possible de restaurer le sens sexuel chez un inverti congénital que de restaurer la vision des couleurs chez un daltonien. Les tentatives que l'on fait pour les faire rentrer dans la règle n'aboutissent qu'à une perversion ; elles peuvent être excusables lorsqu'il s'agit d'impulsifs qui ont chance de devenir des objets de perversion si on les laisse suivre leur instinct. Quant à ceux qui sont susceptibles d'être maintenus dans la continence, une initiation contre nature ne peut leur être d'aucune utilité même momentanée. C'est justement parce que les invertis sont des dégénérés et que, lorsqu'ils

[1] Ch. Féré. — *Note sur une amnésie consécutive à des idées obsédantes.* (*Revue neurologique*, 1893, p. 653.)

ont été entraînés ou plutôt invertis avec succès, ils peuvent laisser une descendance pathologique, qu'il faut les laisser vivre en dehors du mariage.

Il n'est pas douteux que les anomalies de la fonction sexuelle peuvent être familiales et héréditaires, et quelquefois on peut saisir la progression de l'anomalie dans deux générations successives. Il y a donc intérêt à éloigner du mariage tous les individus qui présentent de ces anomalies à un degré quelconque.

RECUEIL DE FAITS.

IDIOTIE HYDROCÉPHALIQUE ACQUISE;

Par BOURNEVILLE et J. NOIR.

A maintes reprises nous avons publié, soit dans le *Progrès médical*, soit dans les *Comptes rendus* annuels de notre service de Bicêtre, des notes et des observations sur l'hydrocéphalie. En 1893, au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de la Rochelle, nous avons communiqué une monographie accompagnée de nombreuses planches et figures [1], en collaboration avec M. le Dr Julien Noir. Voici une nouvelle observation intéressante à plusieurs égards :

Sommaire. — *Père tuberculeux et nerveux. — Grand-père paternel goutteux. — Grand'mère paternelle migraineuse et nerveuse. — Grand-père maternel mort tuberculeux. — Grand'mère maternelle cardiaque. — Cousine naine et rachitique* (?). — *Sœur morte avec des convulsions de l'enfance. — Autre sœur, convulsions de l'enfance, intelligente. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge* (6 mois).

Conception : rien de particulier. — Emotion violente au sixième mois de la grossesse suivie de délire et de photophobie. — Accouchement normal. — Pas d'asphyxie à la naissance malgré trois circulaires du cordon. — Allaitement maternel. — Première dent à

[1] *Compte rendu* de 1893, p. 174-372.

quatorze mois. — Parole à deux ans. — Marche à dix mois. — Bronchite et convulsions à dix mois. — Glaucome probable et perte de l'œil droit. — Paralysie du côté droit. — Augmentation de la tête vers dix mois. — Etat actuel. — Aspect du crâne. — Strabisme. — Puberté. — Gâtisme. — Tics. — Mensurations de la tête et des membres. — Traitement de l'hydrocéphalie. — Amygdalite. — Diarrhée. — Dyspnée. — Mort.

AUTOPSIE. — *Crâne : persistance de la fontanelle antérieure. — Description du cerveau : lésions des circonvolutions; hydrocéphalie ventriculaire très prononcée.*

Gill... (Louise), née à Paris, le 3 décembre 1890, est entrée le 30 novembre 1893, dans notre service à Bicêtre, où elle est décédée le 30 juin 1894.

Antécédents (renseignements fournis par la mère de l'enfant, le 25 décembre 1893). — PÈRE, peintre en décors, est mort à trente-deux ans de phtisie pulmonaire. Très sobre et très rangé, il n'a jamais eu de dermatose, ni de syphilis. Toute son histoire pathologique se borne à une bronchite à dix-sept ans, à une névralgie faciale à vingt-sept ans et à sa maladie ultime. Il fumait beaucoup. Doux, travailleur, il était cependant « très nerveux » et se laissant facilement abattre.

Famille du père. — *Père*, soixante-trois ans, inspecteur des égouts, c'est un travailleur sobre et paisible. De bonne santé habituelle, il est cependant sujet à des accès de goutte ? — *Mère*, cinquante-six ans, jouit d'une bonne santé générale; elle est nerveuse, sans avoir de crises cependant; les grandes émotions déterminent chez elle des accès de suffocation, elle ne peut pleurer. Elle était sujette à de violentes migraines, devenues moins intenses depuis son retour d'âge. — Le *grand-père paternel* serait mort à soixante-douze ans, durant la guerre. — Une *grand'mère maternelle* vit et est bien portante à quatre-vingt-trois ans. — Pas de renseignements sur les autres grands-parents. — Trois *frères* dont un mort en naissant. L'*aîné* des survivants a trente-deux ans, est ciseleur. Très intelligent, il est actuellement faible et tousse. Il est sobre et travailleur, mais « s'est amusé autrefois ». L'*autre frère* a vingt-et-un ans, est sous-officier au génie à Versailles, il est très intelligent mais sujet aux bronchites. Ces deux frères sont célibataires. Une *sœur*, vingt-neuf ans, se trouve mal facilement et est sujette aux migraines, elle a une petite fille de dix-huit mois, très belle et bien portante, qui marche et parle. — Rien à signaler dans le reste de la famille du père. Les membres de cette famille ont plutôt en général la tête petite.

MÈRE, trente-deux ans couturière, est une femme brune au visage coloré, assez sanguine, d'aspect intelligent. Sa tête est de dimen-

sions moyennes. Sa santé aurait toujours été parfaite, elle n'est pas nerveuse. Elle n'a jamais eu d'autre maladie qu'une légère blépharite ciliaire dans son enfance.

Famille de la mère. — *Père*, mort à quarante-cinq ans de tuberculose pulmonaire. Cet homme, très fort, exerçait la profession de marchand de vins et aurait été, malgré cela, d'une grande sobriété. Il n'a jamais eu d'autre maladie que son affection ultime qui a duré cinq mois. Il était sanguin, puissant, calme et nullement nerveux. — *Mère*, morte à quarante-sept ans, probablement d'une lésion organique du cœur. Elle était plus âgée que son mari, sujette aux douleurs rhumatismales, elle n'était pas nerveuse. Dans sa jeunesse, très dévote, elle se destinait à entrer au couvent. Elle revint sur cette résolution à cause d'une maladie d'yeux (?). — *Grand-père paternel*, cultivateur, mort à soixante-et-un ans, très travailleur, pas d'autres renseignements, — *Grand'mère maternelle* morte à quatre-vingts-huit ans, jusque-là bien portante. — *Grand-père maternel* mort subitement à quarante-deux ans; intendant à la campagne, il était fort et de bonne santé ordinaire. — *Grand'-mère maternelle*, morte à soixante-et onze ans, coléreuse, méchante et emportée. — Deux *oncles* et deux *tantes* bien portants. — Ni frères ni sœurs. — *Cousine germaine*, nouée, ne grandit pas, va à Berck chaque année et reste, malgré tout, difforme; elle est néanmoins très intelligente. — Rien à signaler dans le reste de la famille, dont les membres n'ont pas en général la tête grosse.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de six mois.

Cinq *enfants* dont quatre vivants : l'aînée, neuf ans, a été sujette aux convulsions dans son enfance : elle se porte bien, est gentille, intelligente, n'a pas la tête grosse et tient beaucoup de son père. — La seconde est morte à deux mois du choléra infantile. Elle a eu des convulsions au moment de la mort. Elle paraissait devoir bien venir. — La troisième, sept ans, est bien développée, intelligente, en bonne santé, n'a pas eu de convulsions. — Le quatrième, cinq ans, bien portant, normalement constitué, est intelligent. Le médecin prétend qu'il est faible de poitrine. Il n'a pas eu de convulsions. — La cinquième, trois ans, est notre malade

Notre malade. — Rien de particulier à la conception. — Grossesse acceptée sinon avec bonheur, du moins avec résignation. Au sixième mois, émotion violente due à un empoisonnement par des moules, dont son mari fut victime. Quant à la mère, elle perdit connaissance, le médecin parla de congestion cérébrale, lui fit prendre des bains à la moutarde. Elle fut un mois malade avec des accès de délire et une photophobie intense. Ni paralysies, ni contractures. La fin de la grossesse ne fut compliquée que par quelques syncopes très courtes.

Accouchement à terme, normal, sans chloroforme. Le travail

dura dix heures environ. — A la naissance l'enfant était bien portante, non asphyxiée, malgré deux ou trois circulaires du cordon autour du cou. Elle pesait onze livres, affirme-t-on. — Allaitement au sein; sevrée à vingt-deux mois. — Première dent à quatorze mois; douze sont sorties à seize mois. Début de la parole à deux ans, dit « papa, maman. » Début de la marche à dix mois. L'enfant se porta fort bien et fut considérée comme très belle jusqu'à dix mois. A cette époque, elle eut une bronchite compliquée de convulsions. Durant ces convulsions, qni furent qualifiées d'internes, elle ne remuait pas, mais le cou était roide, la langue restait contractée an fond de la bouche, les yeux étaient animés de mouvements, le visage était pâle. La crise durait ainsi deux heures environ et était suivie d'un sommeil calme. Pendant près d'un an, ces convulsions se sont reproduites très fréquemment, parfois plusieurs fois par jour. A quatorze mois, à la suite de crises répétées, elle resta durant quatre jours sans pouvoir prendre spontanément sa nourriture, on dut lui donner seulement un peu de lait à la cuillère. Parfois, elle se plaignait et avait la fièvre. Elle avait maigri progressivement beaucoup. A la suite de la crise de quatre jours que nous venons de signaler, l'œil droit de la malade devint volumineux, M. Galezowski lui donna ses soins : l'œil diminua progressivement, s'atrophia, la vue disparut. En même temps une paralysie presque complète du côté droit se déclarait. M. Landolt, qui vit plus tard l'enfant, aurait déclaré que la vue pouvait être récupérée, si la tête de l'enfant diminuait et si son développement devenait normal.

A partir de l'époque de cette crise importante, la tête grossit peu à peu. Des convulsions se reproduisirent avec les mêmes caractères mais avec moins de violence. Elle venaient approximativement deux à quatre fois par mois. Parfois des crises plus graves se produisaient; on crut ainsi la perdre au quatorze juillet de l'an dernier, elle resta en crise de cinq heures du matin à quatre heures du soir. L'attaque avait débuté par un vomissement. Depuis l'on n'en observa que trois ou quatre, mais la mère pense que beaucoup passaient inaperçues, les mouvements étant fort limités et l'enfant criant peu.

Schn... commença à être propre à deux ans. Son intelligence faisait quelques progrès, grâce à l'éducation qu'essayait de lui donner sa mère. La mort du père mit un terme aux soins maternels et les progrès cessèrent. L'enfant est affectueuse pour sa mère Elle mord et grince parfois des dents, mais est rarement en colère. Jusqu'à l'âge de dix mois, nous répète-t-on, elle paraissait absolument normale. — Pas d'autres maladies, ni d'accidents constatés.

Etat actuel (*décembre*). — Adipose prononcée. Visage coloré. Air de bonne santé. Physionomie sans expression. — Peau blanche,

assez fine. Cheveux châtains clairs, bien implantés, se résolvant en duvet au niveau des tempes. Crâne très plagiocéphale, la bosse frontale gauche et pariétale droite sont notablement plus développées. Le crâne est plus élevé à gauche qu'à droite. L'étroitesse de front le rend trigonnal. — Les sutures ne sont pas perceptibles, mais la fontanelle antérieure persiste. Elle a la forme d'un



Fig. 5. — Gill... à trois ans.

triangle irrégulier, à base antérieure de six centimètres sur deux centimètres de hauteur. On ne perçoit pas la fontanelle postérieure. La bosse occipitale est développée et, au-dessus, existe une sorte de méplat.

Visage ovale : prognathisme apparent, front élévé, bombé (*fig.* 5). Arcades sourcilières peu saillantes. Paupières normales. — Orbites un peu excavés surtout à droite où l'œil est très notablement

moins développé que le gauche, qui est d'aspect normal. Cet œil droit est gris et terne, sa pupille est contractée, il est le siège d'un léger strabisme divergent. L'œil gauche a l'iris gris foncé et paraît sain. La lumière amène la réaction pupillaire. Il ne semble pas que l'enfant perçoive nettement les impressions lumineuses, néanmoins la lumière vive excite chez elle une gaîté exubérante. — Nez déprimé à la base, lobule épais; narines dilatées, regardant en bas. Pas d'asymétrie faciale si ce n'est pour les yeux. Joues pleines, sillons labio-nasaux égaux. Lèvres normales. — Bouche moyenne. Dents blanches régulières, les supérieures chevauchent légèrement sur les inférieures. Rien de particulier à la langue, au palais, au gosier. Pas de réflexe pharyngé. — Le goût et l'odorat paraissent nuls. — Menton moyen et régulier. — Oreilles grandes, assez bien ourlées, à lobule charnu détaché. Conque peu profonde. Ouïe normale des deux côtés.

Cou gras, pas de goitre. — Thorax : rien de notable. Le cœur et les poumons fonctionnent bien.— Abdomen : rien de particulier.

Puberté. Duvet fin dans le dos et sur les fesses. Léger duvet sur les grandes lèvres. Pénil gras et glabre. Vestibule profond. Clitoris petit avec capuchon peu développé. Hymen ovalaire. Anus normal.

Membres supérieurs bien développés, même très gras. Mains bien faites, l'enfant se sert surtout de la gauche. Les extrémités sont violacées et froides.

Membres inférieurs très gras, jambes flasques ; l'enfant ne peut se tenir debout. Pieds violacés, en légère rotation interne. Les réflexes rotuliens sont conservés.

L'enfant est complètement gâteuse. La sensibilité sur tout le corps est assez obtuse mais est perçue à la piqûre et à la chaleur. Ordinairement triste, l'enfant a des moments de gaîté, reconnaît sa mère et ses sœurs, est caressante. Tics : elle balance d'avant en arrière la tête et le tronc toute la journée ; se déchausse constamment.

Elle parle, mais ne prononce bien que les mots « maman » et « ma fille ». Elle chantonne des airs vagues où l'on peut saisir des traces de refrains populaires.

Mensurations de la tête.

	Déc. 1893.	Juin 1894.
Circonférence horizontale maxima.	570mm.	545mm.
Demi-circonférence bi-auriculaire	385	385
Distance de l'art. occip. atloïdienne à la racine du nez.	410	400
Diamètre ant. post. maximum.	189	182
— bi-auriculaire.	125	115
— bi-temporal.	130	130
— bi-pariétal	150	150
Hauteur du front.	85	80

	Déc. 1893.	Janv. 1894.	Juin 1894.
Poids	17 kil.	17 kil.	16 kil.
Taille	90 cm.	90 cm.	90 cm.

Membres supérieurs.

	Droit.	Gauche.
Circonférence au niveau de l'aisselle	185	185
— à 0m,10 au-dessus de l'olécrâne	160	155
— à 0m,10 au-dessous	160	160
— au poignet	110	110
— au métacarpe	135	135
Distance de l'acromion à l'olécrâne	160	160
— de l'olécrâne à l'ap. styl. du cubitus	140	140
— de cette apophyse à l'extrémité du médius	100	100

Membres inférieurs.

Circonférence au niveau de l'aine	315	315
— à 0m,10 au-dessus de la rotule	235	235
— à 0m,10 au-dessous	185	185
— au cou de pied	155	155
— à la partie moyenne du pied	140	140
Distance de l'ép. iliau. ant. supre à l'interl. art. du genou	250	250
Distance de l'int. artic. à la malléole ext	160	160
— de la malléole à l'extrémité du médius	110	110
Pied { longueur	125	125
Pied { largeur	60	60

28 *décembre.* — *Traitement :* raser la tête, appliquer un vésicatoire camphré sur la moitié gauche du cuir chevelu, l'y laisser de 7 heures du matin à 5 heures du soir. Sirop d'iodure de fer. Huile de foie de morue. Deux bains salés par semaine.

1894. 13 *mars.* — Nouveau vésicatoire. Les mensurations de la fontanelle antérieure donnent 55 millimètres de base sur 16 millimètres de hauteur; il y a donc une sensible diminution depuis l'entrée de la malade.

12 *mai.* — L'enfant entre à l'infirmerie atteinte d'amygdalite. Sa température atteint 38°. Elle est abattue et a de la dyspnée. — 14. La fièvre persiste et l'abattement continue.

18. — Même aspect général. Pouls : 120. Respiration pénible, mais rien de perceptible à l'auscultation. La fontanelle antérieure mesure 50 millimètres sur 6 millimètres. Elle se développe surtout à gauche. Demi-contracture très nette à droite. Réflexes patellaires exagérés.

L'attention est presque nulle. Gil... gémit et grince des dents.

La surveillante prétend qu'elle reconnaît la voix de sa mère. Intelligence, paroles nulles. — Accès de suffocation se montrant principalement la nuit suivis de refroidissement des extrémités; ils ne durent que quelques minutes. Ces suffocations, après s'être montrées pendant quelque temps, ne surviennent plus depuis trois ou quatre jours. Malgré cela l'affaiblissement de Gill... est plus considérable. Cet état est survenu à la suite d'une infection caractérisée successivement par de l'angine, de la diarrhée, de la dyspnée et un peu de toux. Bien qu'il n'y ait pas de bruits anormaux à l'auscultation, la respiration est plus rude à droite.

12 *juin*. — Perte de l'appétit. Mouvements fébriles assez fréquents.

12. — T. R. 37°,4. — Soir : 37°,5. — 21. — T. R. 37°,3. — Soir : 37°,7. — 22. — L'état s'aggrave. T. R. 38°. — Soir : 38°,3. — 23. — T. R. 38°,7. — Soir : 39°. — 24. — T. R. 39°. — Soir : 39,3. — 25. — T. R. 39°. — Soir : 39°,2. — 26. — T. R. 39°. — Soir : 39°,6. — 27. — T. R. 40°,3. — Soir : 40°,6. — 28. — T. R. 46°,6. — Soir : 40°,4.

29. — T. R. 40°,4. — Soir : 40°,9. Rien de perceptible à l'auscultation. Affaiblissement progressif.

30. — T. R. 41°,4. L'enfant meurt à 8 heures du matin.

Température après la mort.

	T. R. du corps.	T. de la chambre.
Température aussitôt la mort . .	40°,4	18°
— 1/4 d'heure après . .	40°	18°
— 1 heure après. . . .	38°	18°
— 2 heures après . . .	36°	18°
— 4 heures après . . .	30°	18°
— 6 heures après . . .	28°	18°
— 8 heures après . . .	24°	18°

Autopsie faite le 1er juillet. — Thorax. Aucune lésion du cœur (60 gr.), du poumon droit (100 gr.), ni du poumon gauche (95 gr.), de la plèvre, ni du péricarde. Corps thyroïde : 10 gr. Pas trace de thymus.

Abdomen. — Foie (370 gr.), un peu graisseux. — Rate (45 gr.), d'aspect normal. — Reins (45 gr. chacun), rien de particulier, ni au pancréas (15 gr). — Rien à noter au péritoine, aux intestins ni à la vessie.

Tête. — Cuir chevelu peu épais. Os très minces, très tendres, avec de nombreuses plaques transparentes (*fig*. 6). Plagiocéphalie très prononcée : frontal droit très déprimé, occipital correspondant un peu proéminent. — La suture métopique est complètement fermée. — La suture fronto-pariétale droite présente huit os wor-

miens, la gauche deux. — La fontanelle antérieure persiste, elle mesure transversalement 5 centimètres et demi et 15 millimètres d'avant en arrière (*fig.* 6). — La fontanelle postérieure est fermée.



Fig. 6. — Crâne de Gill... réduit d'un tiers (95mm transversalement au lieu de 135mm).

— La suture interpariétale est moyennement sinueuse. — Les sutures pariéto-occipales le sont davantage ; celle de droite offre deux os wormiens. — Base du crâne très asymétrique ; les fosses

temporales et occipitales sont beaucoup plus développées à droite qu'à gauche. — La dure-mère est très adhérente.

Cerveau. — *Hémisphère gauche.* La partie antérieure de la corne frontale est fort altérée par l'arrachement de la substance grise adhérente à la pie-mère. F^1 et F^2 sont particulièrement lésées, surtout à leur pied, et avec la partie voisine de FA forment un centre de ramollissement. F^3 est presque indemne, surtout à sa partie postérieure. — La scissure de Sylvius bien accusée est béante. L'insula est atrophié. Une bande atrophiée borde la scissure large de 2 centimètres 5 à 2 centimètres, elle s'étend obliquement du pied de PA à la partie antérieure du lobe occipal. Nombreuses adhérences sur le lobe pariétal. La lésion atrophique est surtout intense au niveau du pli courbe. — Le tiers postérieur du lobe temporal et le tiers antérieur du lobe occipital sont atrophiés (pl. I).

La face interne est tout aussi lésée. F^1, le lobe paracentral, l'avant-coin, le coin, la corne occipitale sont déprimés. La circonvolution de l'hippocampe est réduite à une mince lame. — Le corps calleux à l'aspect d'une membrane d'un millimètre et demi d'épaisseur (pl. II).

La cavité ventriculaire est énorme, développée tant en avant qu'en arrière aux dépens des trois cornes du ventricule. Un léger relief indique le corps opto-strié fort aplati. Une membrane épaisse, très vascularisée, tapisse la cavité. Le pédoncule cérébral a l'aspect d'un pédicule recouvert de cette membrane et de vaisseaux. Ce pédicule rayonne sur la paroi externe du ventricule tant par l'épanouissement de ses vaisseaux que par l'aplatissement des masses qui sont le vestige des ganglions centraux.

Hémisphère droit. — La configuration de la face externe diffère de celle de l'hémisphère gauche. Ici l'hydrocéphalie s'est développée surtout en avant aux dépens de la région frontale. La scissure de Sylvius, béante, laisse l'insula faire saillie. Cette région ne paraît pas altérée. Les circonvolutions frontales et PA semblent saines. Les scissures sont béantes. Le lobe pariétal supérieur est à peu près normal ; mais le pli courbe et la région qui, horizontalement, va du pli courbe à la corne occipitale offre une zone atrophiée de 3 centimètres de largeur. T^1 est atrophiée sur ses 2/3 postérieurs. Le reste du lobe temporal n'est pas trop altéré.

La face interne est aplatie, refoulée par l'hydrocéphalie et sa configuration est à peu près détruite. Le ventricule latéral a l'aspect d'une simple poche. — Les corps opto-striés sont très déprimés et une membrane tapisse le ventricule comme à gauche, ayant les mêmes caractères (pl. III).

Cervelet. — Rien de particulier. Le quatrième ventricule, l'aque-

duc de Sylvius sont notablement dilatés et la membrane qui les recouvre est épaisse. — Rien aux tubercules quadrijumeaux, au bulbe, ni à la protubérance.

Liquide hydrocéphalique.	750	grammes.
Hémisphère droit	495	—
Hémisphère gauche	500	—
Cerveau.	995	—
Hémisphère cérébelleux droit	50	—
Hémisphère cérébelleux gauche.	50	—
Bulbe et protubérance.	25	—
Poids total de l'encéphale avec le liquide. . .	1.900	—
Moelle épinière	20	—

Pas de lésion de la moelle perceptible à l'œil nu.

Réflexions. — I. Les antécédents de la malade nous paraissent insuffisants pour leur attribuer une grande part dans l'étiologie de l'hydrocéphalie. La tuberculose et les névralgies du père, les phénomèues migraineux de plusieurs membres de la famille sont tout le bilan héréditaire de Gill... que l'on retrouverait dans beaucoup de familles.

II. L'émotion de la mère au sixième mois de la grossesse mérite d'être remarquée. A la suite d'un empoisonnement de toute la famille par des moules, empoisonnement auquel succombe son mari, tuberculeux, elle perdit connaissance, eut du délire, fut en un mot réellement malade à un degré suffisant pour que le développement du fœtus en ait subi quelque atteinte.

III. Jusqu'à dix mois, notons que Gill... paraissait normale. A cette époque survient une bronchite, compliquée de convulsions, à la suite desquelles la tête se met à grossir et l'œil droit devient volumineux (glaucome probable) et ensuite s'atrophie. Une paralysie du côté droit se manifeste. A partir de cette attaque, début véritable de son hydrocéphalie ; les crises convulsives se répètent le plus souvent peu intenses, comme nous en avons déjà observé chez de nombreux hydrocéphales.

IV. Idiote et gâteuse, cette enfant est parésiée du côté droit et, en outre, paraplégique. Elle meurt à la suite d'une amygdalite dans une sorte de cachexie qui paraît être plus le fait de son affection nerveuse antérieure que de la maladie

intercurrente qui semble la plus simple cause occasionnelle de la mort. L'autopsie, du reste, ne révèle aux viscères (sauf à l'encéphale) aucune lésion macroscopique.

V. Les lésions de l'hémisphère gauche, au niveau de la zone motrice, de l'insula, de la région occipitale suffisent à rendre compte de la paralysie gauche et des troubles de la vue. L'hydrocéphale paraît, dans cette observation, être la résultante de poussées méningitiques répétées, poussées dont les crises convulsives ont été les symptômes les plus manifestes.

HYGIÈNE SOCIALE.

L'ALCOOLISME AU CONGRÈS DE BRUXELLES[1];

Par M. le Dr LEGRAIN,
Médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard[2].

Diverses formes de l'initiative. — *Le médecin.* Abstraction faite de l'Etat qui n'est jamais, surtout de nos jours, qu'une représentation, qu'une résultante dont l'activité et la responsabilité sont circonscrites, il faut bien admettre qu'il est dans un pays un certain nombre d'intelligences sur lesquelles, moralement tout au moins, repose la confiance publique.

C'est de ces esprits, dits d'élite, que l'on attend en général, et que l'obtient aussi, il est juste de le déclarer, les initiatives les plus généreuses. C'est le cas quand il s'agit d'œuvres colossales, de montagnes à soulever comme l'organisation de la victoire contre l'alcool. On sent très bien que la masse grouillante, individualité protéiforme, être tout de sentiment et d'instinct, victime inconsciente de toutes les impulsions, suivant la girouette, est aujourd'hui complètement désemparée. Tiraillée d'un côté par l'industriel, intéressé à la cristallisation de l'homme simple et confiant au sein d'une gangue d'erreurs, héritage d'un vieux passé ; tiraillée d'autre part par les hommes éclairés pétris d'al-

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 25.

[2] Ces chapitres sont extraits du rapport présenté à M. ministre de l'Intérieur, par M. le Dr Legrain, délégué officiel de la France au Congrès.

truisme, voguant très haut au-dessus des vils intérêts et qui ne voudraient crier que la vérité, la masse implore anxieusement un guide sûr. Et l'on se tourne naturellement vers quiconque, sans se parer de la vaniteuse qualification de sauveteur, en a toutes les apparences ou peut le devenir.

C'est à bon droit que l'on s'étonne que le médecin ne soit pas systématiquement un ennemi irréconciliable de l'alcool. C'est à désespérer, en effet, des enseignements de l'expérience si l'homme de l'art, qui passe sa vie au milieu des victimes du mal, s'affranchit de l'impérieux devoir social qui lui est dicté doublement et par sa science, et par son rôle moral. Il est juste pourtant de déclarer que dans toutes les sociétés de tempérance, même les plus timides, les médecins se rencontrent en majorité ; que les instigateurs des mesures d'hygiène, de prophylaxie et même de répression contre l'alcoolisme sont le plus souvent des médecins; que le médecin est de tous les penseurs, celui qui a le plus contribué à stigmatiser le vice alcoolique. Mais l'on pense, non sans raison, qu'il ne fait pas assez, qu'il n'agit pas en proportion des moyens dont il dispose.

Suivant le Dr Romiée, de Liège, le médecin est, de tous, le mieux armé pour être le protagoniste dans la lutte. Il a d'abord le devoir de fixer son attention sur le sujet, qu'il ne possédera bien d'ailleurs que quand les gouvernements se préoccuperont de l'étude scientifique de l'alcoolisme, en l'imposant dans les programmes universitaires. C'est à lui qu'il appartient de détruire les préjugés qui règnent sur l'alcool.

Les médecins ne sont pas assez ouvertement hostiles à ce poison. Cela tient à ce que beaucoup n'ont pas su se préparer contre cet ennemi ni s'en défendre eux-mêmes. Cela tient aussi aux déplorables habitudes de la vie d'étudiant. Le médecin qui s'alcoolise est d'un pernicieux exemple, rééditant, pour s'excuser lui-même, des théories surannées auxquelles les buveurs ne demandent qu'à croire. De même que son autorité à bouleversé l'hygiène de la première enfance, de même elle peut vaincre les héréditaires erreurs qui s'attachent aux bienfaits de l'alcool.

Il doit sortir de l'ornière et renoncer dans ses prescriptions à un produit qui, hormis quelques cas rares et peut-être douteux, n'est jamais indiqué comme agent thérapeutique (l'alcool dans la phtisie, l'alcool comme tonique pour les nourrices, etc.). La soi-disant force puisée dans les bières ou vins médicamenteux n'existe que dans l'esprit de ceux qui n'ont pas assez analysé leurs effets. Le vin pur ne peut être considéré que comme une friandise; il n'est jamais ni utile, ni nécessaire. Il n'agit que par son alcool qui est nuisible et n'ajoute aucune qualité aux médicaments dont il est le véhicule. Les préparations alcoolisées contribuent à développer un mal terrible. Enfin, la suppression du vin dans les maladies et

les convalescences réalise une énorme économie pour les malades.

Le corps médical doit faire comprendre aux gouvernements que l'alcool est meurtrier, pour le pays qu'ils ne doivent pas être guidés par cette considération que l'alcool est une source de profit et que la prohibition est un but à atteindre le plus tôt possible.

J'ajouterai que dans beaucoup de pays, nombre de médecins sont à la tête du mouvement abstinent. L'Angleterre, l'Allemagne comptent des associations médicales de tempérance ayant l'abstinence pour base. Une association médicale internationale vient même de se créer. Quelques médecins français s'y sont fait inscrire. A Londres et ailleurs existent des hôpitaux dits de tempérance où les prescriptions à base d'alcool sont radicalement supprimées. J'ai rappelé plus haut que les boissons alcooliques, même fermentées, étaient proscrites de la plupart des asiles d'aliénés de l'Angleterre.

Enfin, je dirai à la gloire du corps médical français qu'une proportion considérable de nos confrères sont actuellement membres des sociétés de tempérance qui, depuis deux ans, se développent d'une façon consolante dans notre pays.

. . . .

Le clergé. — Qui démêlera jamais les raisons qui font qu'en France le clergé catholique s'abstient... non pas d'alcool, mais de faire acte de présence dans la lutte contre l'alcoolisme? Ne semble-t-il pas aux âmes naïves qu'il soit tout désigné pour tout ce qui se réclame d'une œuvre morale où il importe de savoir faire le sacrifice de soi-même? Ne pousse-t-il pas d'incessants cris de détresse depuis que la loi sur l'enseignement obligatoire a, prétend-il, chassé Dieu de l'école, comme si à la religion seule appartenait le monopole exclusif de la morale? Que n'est-il donc au premier rang dans l'œuvre patriotique de la tempérance ?

Un brave homme de prêtre belge, abstinent convaincu d'ailleurs, à qui j'en causais au Congrès, m'expliquait simplement que des deux grandes fonctions physiologiques, la nutrition et la reproduction, qui exigent chez l'homme une satisfaction complète et dont l'accomplissement procure une somme très légitime de jouissance, l'une était complètement interdite au prêtre. Faut-il lui faire un crime de se rejeter sur l'autre ?

Je n'aurais pas eu le front de soutenir une thèse aussi irrévérencieuse que je trouve d'ailleurs plausible, si je ne la tenais d'un prêtre vertueux qui, lui, a poussé l'abnégation jusqu'à faire le sacrifice de la seconde jouissance.

Il y a cette raison et il y en a bien d'autres. Il n'y a guère d'exemple que le clergé catholique ait joué un rôle militant dans une cause où il n'avait pas l'espérance de dominer, de diriger au nom de la religion. Le prêtre catholique est de tous celui qui sait le moins dépouiller le professionnel quand il s'occupe d'une question d'à côté. J'ai la souvenance d'une curieuse correspondance

assez fine. Cheveux châtains clairs, bien implantés, se résolvant en duvet au niveau des tempes. Crâne très plagiocéphale, la bosse frontale gauche et pariétale droite sont notablement plus développées. Le crâne est plus élevé à gauche qu'à droite. L'étroitesse de front le rend trigonnal. — Les sutures ne sont pas perceptibles, mais la fontanelle antérieure persiste. Elle a la forme d'un



Fig. 5. — Gill... à trois ans.

triangle irrégulier, à base antérieure de six centimètres sur deux centimètres de hauteur. On ne perçoit pas la fontanelle postérieure. La bosse occipitale est développée et, au-dessus, existe une sorte de méplat.

Visage ovale : prognathisme apparent, front élevé, bombé (*fig.* 5). Arcades sourcilières peu saillantes. Paupières normales. — Orbites un peu excavés surtout à droite où l'œil est très notablement

moins développé que le gauche, qui est d'aspect normal. Cet œil droit est gris et terne, sa pupille est contractée, il est le siège d'un léger strabisme divergent. L'œil gauche a l'iris gris foncé et paraît sain. La lumière amène la réaction pupillaire. Il ne semble pas que l'enfant perçoive nettement les impressions lumineuses, néanmoins la lumière vive excite chez elle une gaîté exubérante. — Nez déprimé à la base, lobule épais; narines dilatées, regardant en bas. Pas d'asymétrie faciale si ce n'est pour les yeux. Joues pleines, sillons labio-nasaux égaux. Lèvres normales. — Bouche moyenne. Dents blanches régulières, les supérieures chevauchent légèrement sur les inférieures. Rien de particulier à la langue, au palais, au gosier. Pas de réflexe pharyngé. — Le goût et l'odorat paraissent nuls. — Menton moyen et régulier. — Oreilles grandes, assez bien ourlées, à lobule charnu détaché. Conque peu profonde. Ouïe normale des deux côtés.

Cou gras, pas de goitre. — Thorax : rien de notable. Le cœur et les poumons fonctionnent bien.— Abdomen : rien de particulier.

Puberté. Duvet fin dans le dos et sur les fesses. Léger duvet sur les grandes lèvres. Pénil gras et glabre. Vestibule profond. Clitoris petit avec capuchon peu développé. Hymen ovalaire. Anus normal.

Membres supérieurs bien développés, même très gras. Mains bien faites, l'enfant se sert surtout de la gauche. Les extrémités sont violacées et froides.

Membres inférieurs très gras, jambes flasques ; l'enfant ne peut se tenir debout. Pieds violacés, en légère rotation interne. Les réflexes rotuliens sont conservés.

L'enfant est complètement gâteuse. La sensibilité sur tout le corps est assez obtuse mais est perçue à la piqûre et à la chaleur. Ordinairement triste, l'enfant a des moments de gaîté, reconnaît sa mère et ses sœurs, est caressante. Tics : elle balance d'avant en arrière la tête et le tronc toute la journée ; se déchausse constamment.

Elle parle, mais ne prononce bien que les mots « maman » et « ma fille ». Elle chantonne des airs vagues où l'on peut saisir des traces de refrains populaires.

Mensurations de la tête.

	Déc. 1893.	Juin 1894.
Circonférence horizontale maxima	570mm.	545mm.
Demi-circonférence bi-auriculaire	385	385
Distance de l'art. occip. atloïdienne à la racine du nez	410	400
Diamètre ant. post. maximum	189	182
— bi-auriculaire	125	115
— bi-temporal	130	130
— bi-pariétal	150	150
Hauteur du front	85	80

pas toujours le scrupule de dire la vérité et rien que la vérité. La superficialité de ses informations, l'outrecuidance de ses écrivains qui, parce qu'ils tiennent quotidiennement une plume, se croient passés maîtres, et se trouvent aptes à disserter sur toutes choses, cela et bien d'autres motifs ont rendu notre tâche ardue. Il nous faut chaque jour, avant de semer la bonne graine, passer un temps précieux à extraire de notre champ de culture les mauvaises herbes que la presse légère y a répandues. Et Dieu sait si, grâce à la crédulité des gens incultes qui croient « parce que c'est écrit », la mauvaise herbe se multiplie et prospère au détriment du sol qui la reçoit.

La presse peut et doit être pour nous une arme à laquelle rien ne résiste. Mais comme il nous la faut pour cela plus consciencieuse et plus scrupuleuse, « qu'elle veille donc à ne point égarer l'opinion et qu'elle-même ne se laisse pas égarer, soit par ses préférences personnelles, soit par l'esprit de parti politique. » (Dr Van Coillie.)

Le Dr Van Coillie, de Bruxelles, exprime encore une idée originale à laquelle je n'ai qu'à souscrire pour terminer : « Pour aider la presse à remplir son devoir, ne devrions-nous pas avoir, au sein de nos plus importantes sociétés, un comité de la presse qui vérifierait les articles des feuilles quotidiennes se rapportant à l'alcoolisme ; qui les compléterait, les réfutant au besoin, et exposerait en langage populaire, la doctrine vraiment scientifique ; j'en suis persuadé, nos journaux accepteraient avec empressement la collaboration de ce bureau qui n'aurait pas d'autre but que d'éclairer la masse de nos concitoyens. »

Si je partage l'idée de l'auteur, je ne partage pas, hélas, ses espérances de réalisation.

. . . .

Conclusions. — Deux faits capitaux me paraissent devoir résumer l'impression des congressistes. Ils résultent de la longue expérience des pays étrangers en matière d'antialcoolisme.

Le premier, c'est la progression incessante et rapide de l'idée d'abstinence qui apparaît comme le remède souverain.

Le second, c'est la supériorité de l'initiative privée sur l'initiative de l'Etat.

Deux mots sur chacun de ces deux points :

L'alcoolisme est un mal profond qui résiste à toutes les attaques jusqu'au jour où, la conscience publique s'émouvant en présence des horreurs qu'il inspire, il cesse d'être quelque chose d'assez vague dont on confie le soin à qui veut bien s'en charger. Comme au jour des grandes calamités, il fait naître l'idée de devoir, de sacrifice, il engage la responsabilité de tous les citoyens. C'est ainsi qu'à la modération, simple frein qui n'offre aucune sécurité, se substitue le remède radical, l'abstinence. On acquiert l'expérience que le buveur ne peut être tiré du ruisseau que par le renoncement définitif au poison. Les devoirs de solidarité suscitent

chez les dévoués le désir de donner l'exemple. Ce n'est pas tout. Et si l'on a acquis la conviction, partagée d'ailleurs par tout le monde, que le buveur n'est relevé que par l'abstinence totale, il devient logique de traiter la collectivité atteinte du même mal par le même procédé. Ainsi s'explique la tendance des abstinents à généraliser leur doctrine, doctrine qui peut paraître exagérée et même absurde à quiconque ne connaît pas la question, mais qui entraîne l'approbation de quiconque sait qu'aux grands maux s'opposent les grands remèdes.

L'abstinence appliquée à la collectivité, c'est la prohibition totale contenue explicitement ou en germe dans le programme de toutes les sociétés de tempérance.

Rien de surprenant en conséquence que l'idée d'abstinence fasse de rapides progrès puisque d'une part elle a fait ses preuves chez les nations en voie de guérison et que, d'autre part, chez les autres, l'alcoolisme a réellement pris l'aspect d'une calamité publique, d'un péril menaçant.

Le second point que j'ai à envisager, c'est la part qui doit revenir à l'initiative d'Etat et à l'initiative privée dans la lutte contre l'alcoolisme. J'ai dit qu'il ressortait des débats du Congrès cette opinion générale, que c'est de l'initiative des particuliers qu'il convient d'attendre les véritables efforts sérieux et efficaces. C'est encore une acquisition de l'expérience.

Assurément, comme l'a exprimé le Dr Mahain, de Liège, l'intervention du législateur est justifiée surabondamment par l'importance des intérêts sociaux en cause. Il ne s'agit rien moins que de la conservation de la race, de la préservation de ses qualités morales et de sa puissance de production, — les biens suprêmes d'une nation. Mais il n'y a pas de mesure de l'autorité qui puisse être efficace, si elle n'est voulue fortement par l'opinion publique, ou plus exactement par une fraction redoutable du corps électoral.

La lutte contre l'alcool comporte à sa base une somme de dévouement, que l'Etat, individualité privée de nerfs sensibles, est incapable de fournir.

Il me serait facile de fournir de nombreux exemples de l'impuissance de l'Etat en face de l'alcoolisme. Sans aller les chercher à l'étranger où ils abondent, il suffit de voir ce qui se passe en France. La loi sur l'ivresse publique jaunit, inappliquée, sur les murs des tavernes; le fameux régime des boissons dont quelques-uns attendent beaucoup pour faire pièce au fléau, aborde cent fois la tribune depuis cinquante ans, et ne trouve, pour le discuter impartialement, qu'une collection d'hommes à la merci d'électeurs intéressés à l'insuccès de la réforme. Les bouilleurs de cru continuent à nous empoisonner parce qu'ils ont encore des défenseurs au parlement; qui oserait porter le feu dans la plaie, sachant qu'il va se heurter et choir devant la puissance du jour : le cabaret ?

C'est donc une vérité que personne ne saurait plus contester: l'œuvre antialcoolique appartient, avant tout, à l'initiative privée et aux associations qui en dérivent. Elle appartient secondairement à l'initiative des gouvernements qui n'interviennent avec une efficacité réelle qu'en aidant et en complétant l'action de ces sociétés. Cette affirmation n'a pas pour effet, bien entendu, d'amoindrir la responsabilité ni d'excuser l'indifférence ou l'inertie des gouvernements en matière d'alcoolisme. Car si toute action préalable de l'Etat, ayant pour effet de se heurter à des habitudes invétérées ou à des intérêts puissamment coalisés, court le risque d'être stérile, l'Etat a le devoir de seconder et de provoquer même les efforts individuels.

L'intervention de l'État, pour être utile, suppose une orientation préalable qu'il emprunte à l'agitation populaire créée par les sociétés de tempérance. En revanche, l'Etat mis en branle par une poussée de l'opinion publique, ou opérant dans des milieux préparés, vient couronner efficacement l'œuvre antialcoolique en réduisant, par la force légale, les oppositions que la force de l'exemple ou de la persuasion a laissées irréductibles.

La multiplication des sociétés de tempérance, le développement et l'encouragement de celles qui existent déjà, l'enrôlement de tout ce qui, dans le pays, a encore une conscience et dispose d'une part d'autorité morale : telle est en somme la formule vraiment pratique de la lutte contre l'alcool.

Mais comment ces sociétés de tempérance devront-elles opérer? La propagande par l'écrit et la parole, c'est parfait : mais c'est notoirement insuffisant. Partout on trouve, pour peu qu'on cherche, des gens convaincus et même des gens sans conviction, disposés à tonitruer contre l'alcool. Il suffit de mettre à la mode la question de l'alcoolisme pour voir immédiatement surgir une légion d'hommes en mal d'écrire ou des amateurs de réclame qui noircissent des pages et font frémir leurs comtemporains devant leur sinistre portrait. Temps perdu que tout cela! Partout on en a fait l'expérience, et nous l'avons faite à notre tour. Il est temps d'écrire en grosses lettres sous le titre des sociétés de tempérance : ici l'on parle mais on agit.

Agir? Mais comment? Ici encore, l'expérience a parlé. Rien ne vaut, rien ne remplace même la propagande individuelle par le fait, c'est-à-dire l'exemple. C'est une grande révolution à accomplir, celle qui doit amener les hommes à parler pour dire quelque chose, à conformer leurs actes à leurs paroles, et à porter leurs convictions courageusement écrites sur leur front. Cette transformation nécessite le concours des gens les plus considérables; elle s'opère en général difficilement mais elle s'opère, quand la désagrégation morale des milieux sociaux n'est pas descendue au-dessous d'une certaine limite.

Les sociétés de tempérance seront donc des sociétés d'action, ayant en exergue le sacrifice de soi-même par l'exemple de l'abstention? Je ne veux pas revenir sur ce que j'ai dit plus haut des débats entre modérés et abstinents. Je veux dire seulement ce que nous pratiquons chez nous depuis deux ans, ce que nous considérons comme une formule heureuse de l'activité que nous réclamons des sociétés de tempérance.

En 1895, s'est fondée à Paris une ligue ayant pour but l'abstention limitée aux boissons distillées. Elle a déclaré une guerre acharnée à l'alcool proprement dit et aux liqueurs, mais a laissé ses membres libres de consommer, dans une sage mesure, des boissons fermentées.

Il est inutile de dire les raisons qui ne nous ont pas fait adopter l'abstinence partielle. Mesure politique pour ne pas effaroucher les producteurs du vin, considéré comme une richesse française? Conviction incomplète de certains membres qui pensent que la boisson fermentée est peu redoutable? Nécessité d'acclimater l'idée d'abstinence en notre pays frondeur? Peu importent les motifs ; le fait réalisait un véritable effort, un progrès sur le passé et inaugurait une ère nouvelle. C'est la première fois, qu'en dehors de la Croix-Bleue, société d'abstinence totale dont le but est tout spécial (relèvement du buveur) on parlait au pays d'un sacrifice individuel à faire sur le terrain de la lutte contre l'alcool.

La ligue en question arrivait à point pour donner une orientation bien déterminée à tous les hommes de bien qui depuis quelques années, émus des progrès du mal, cherchaient fébrilement quelque chose à faire. Son organisation autour d'un principe qui n'est plus une abstraction comme la simple tempérance, explique son succès. Elle est divisée en sections autonomes, libres de leurs moyens d'action et de leur organisation intérieure, et dont le nombre atteint 135, avec un total de 7.000 membres environ[1]. De jour en jour, de nouveaux groupes se fondent et se rattachent au point central. Une armée est en train de se réunir, sachant à quelle conquête elle marche, avec un drapeau dont les couleurs sont nettes.

Cette ligue qui est un agrégat de sociétés au principe commun a pour avantage encore de réaliser un groupement en vue d'une action commune éventuelle. D'une part elle rayonne vers l'individu qu'elle conquiert par l'exemple; d'autre part elle espère, forte de son nombre, rayonner vers les pouvoirs publics et leur procurer finalement ce précieux point d'appui de l'opinion qui leur manque pour frapper le grand coup.

. . . .

[1] A l'heure actuelle, les sociétés fédérées atteignent le chiffre de 225 avec 12 000 membres. — Siège de la Fédération : 5, rue de Pontoise, Paris.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XXX. De l'importance de la dégénérescence pour la pratique générale de la médecine; par le Dr Haldor Snévé.

Ce sont surtout les caractères anthropologiques de la dégénérescence que l'auteur se propose d'examiner et par dégénérescence il entend la décadence des qualités mentales et morales d'un individu, associée fréquemment à des défectuosités physiques.

L'étude des principes fondamentaux de la dégénérescence, de ses manifestations et de son traitement, intéresse le médecin et comme citoyen et comme médecin et à ce dernier titre l'action du médecin peut-être des plus actives dans la voie de la prophylaxie du crime.

Scientifiquement, on doit considérer l'esprit uniquement comme la résultante de l'activité des cellules nerveuses, comme une sorte de sécrétion du cerveau. L'action du cerveau dépend de sa structure modifiée par l'hérédité, de son développement et de son entourage.

Si l'on examine l'homme vivant dans les états variés de la société, on voit qu'il y a un certain nombre de rapports normaux entre lui et le monde extérieur ; il vit conformément aux lois et aux coutumes faites par la société pour sa protection et son plaisir et conformément aux lois que la nature, dans son évolution, a faites pour lui et qu'il observe suivant la façon dont il peut les comprendre.

S'il cesse d'avoir des relations convenables, avec ce qui l'entoure, il commet un crime ; le crime est donc une conception tout à fait relative varie seulement en degré, depuis le vol d'une épingle jusqu'au meurtre d'une famille.

L'individu qu'on appelle normal est celui qui, ayant une hérédité convenable, a une forme et une structure cérébrales requises et se trouve dans un entourage convenable qui détermine l'éducation.

Entre cet individu normal et l'idiot, on rencontre tous les intermédiaires ; le criminel né de Lombroso sur lequel l'éducation ne peut rien ; le criminel par mauvais exemple, susceptible d'amélioration ; le criminel aliéné, la plus dangereuse de toutes les formes; l'épileptique, le fou, l'imbécile.

L'importance est grande pour le praticien de connaître tous les

stigmates physiques et psychiques de la dégénérescence afin de s'opposer aux causes qui peuvent favoriser la dégénérescence de la race afin d'instituer un traitement aussitôt que possible, d'indiquer le rôle prépondérant de l'éducation; le médecin devra aussi s'opposer aux mariages d'épileptiques, d'aliénés, de dipsomanes. Son rôle ne se bornera pas là; il devra agir sans trêve jusqu'à ce que des hôpitaux aient été bâtis pour la détention continue des criminels aliénés; il devra s'efforcer de faire mettre à la tête des maisons de répression des criminologistes instruits qui cessent de faire des prisons des écoles du crime.

La meilleure sauvegarde du crime est la bonne éducation.

En terminant, l'auteur s'élève contre les détails minutieux rapportés par les journaux au sujet de tous les crimes et délits; il existe là, pour les sujets prédisposés, une source d'imitation, une sorte de suggestion. (*The alienist and neurologist*, oct. 97.)

E. Blin.

XXXI. Action du système nerveux sur les processus nutritifs, a l'état de sante et de maladie; par le Dr Beverley, O. Kinnear.

Considérations générales sur la physiologie du système nerveux, sur les rapports du système nerveux avec les vaisseaux: de l'équilibre de la circulation sanguine à travers le corps résulte la santé et la maladie survient quand l'équilibre soit local, soit général, est détruit. Aussi toutes les formes de la maladie se caractérisent à leur début par un excès ou une diminution de la quantité de sang qui circule dans les centres nerveux.

De là l'importance que pourra présenter l'application du chaud ou du froid sur la colonne vertébrale, autrement dit sur les centres nerveux spinaux.

C'est ainsi que le froid sur la colonne vertébrale sera indiqué dans toutes les formes spasmodiques en chassant l'excès de sang des cellules nerveuses motrices et, en déterminant, par son action sur le sympathique, une dilatation générale des vaisseaux sanguins, c'est-à-dire une meilleure nutrition de tous les organes, de tous les tissus. (*The alienist and neurologist*, oct. 97.) E. B.

XXXII. Syphilis du système nerveux central; par le Dr Sydney Kuh.

Dans un long et intéressant mémoire l'auteur résume l'état actuel de nos connaissances sur les différentes formes que revêt la syphilis du système nerveux central. D'une façon générale. les accidents se rencontrent plus fréquemment dans les cas où les accidents secondaires ont été les plus légers: de même ils seraient plus fréquents

avec les chancres extragénitaux. Les accidents surviennent d'une façon assez variable par rapport à l'époque de l'infection : d'après une statistique de Naunyn, 80 p. 100 des cas se présentent dans les dix premières années qui suivent l'infection.

La majorité des cas se présentent entre vingt-cinq et quarante ans et l'affection est huit fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Les causes ordinaires d'affaiblissement du système nerveux jouent le rôle de causes prédisposantes ; sur 100 cas de syphilis cérébrale, Carnowsky a trouvé l'alcoolisme dans 43 cas, la neurasthénie dans 29, et des traumatismes craniens dans 5 ; 23 cas seulement étaient indemnes de prédispositions.

Parmi les formes les plus fréquentes de syphilis spinale, l'auteur résume la méningite syphilitique spinale, la paralysie spinale syphilitique, la myélite transverse syphilitique et la myélite aiguë syphilitique, avec une observation.

Dans tous les cas, en général, on rencontre une première période avec des signes de méningite ; des symptômes cérébraux transitoires tels que céphalées nocturnes, paralysies des muscles de l'œil ; une grande variation dans l'intensité des symptômes avec exacerbations nocturnes ; l'absence de fièvre, à moins de complications telles qu'escarres au sacrum, cystite ; enfin l'effet du traitement. Le taux des guérisons vraies de 15 à 35 p. 100.

Dans la plupart des formes de la syphilis cérébrale, les symptômes les plus graves sont précédés par un signe prodromique des plus importants au point de vue de l'avertissement qu'il donne pour un traitement actif, c'est la céphalée syphilitique avec ses exacerbations vespérales et nocturnes, l'insomnie, sa persistance, tant que le traitement spécial n'est pas employé.

En même temps que la céphalée, d'autres symptômes se rencontrent fréquemment, tels que douleurs ou engourdissements des extrémités, troubles temporaires du langage, modifications de l'in l'intelligence et du caractère.

Cet symptômes deviennent de plus en plus fréquents et intenses. en même temps que se joignent à eux les nouveaux symptômes caractéristiques des diverses formes de syphilis cérébrale dont l'auteur décrit les trois types suivants : la méningite syphilitique de la convexité, l'artérite syphilitique et les gommes.

Sur une statistique de 90 cas de syphilis cérébrale publiée par Fournier, il y eut 14 morts, 33 cas d'amélioration avec infirmités graves, 14 cas d'amélioration avec infirmités légères, et 30 guérisons.

D'une façon générale le pronostic varie avec la nature de la lésion et sa localisation ; il s'assombrit d'autant plus que le malade est plus âgé et qu'il s'est écoulé plus de temps entre l'infection et l'apparition de la maladie cérébrale.

C'est le traitement mixte qu'il faudra instituer, le mercure étant le meilleur remède de cette forme de syphilis.

. Alors que les iodures seront donnés par la voie buccale, il sera préférable de donner le mercure en frictions ou en injections intramusculaires. (*The alienist and neurologist*, oct. 97.) E. B.

XXXIII. Aspects cliniques de l'auto-intoxication ; par le Dr Hurd.

L'auteur étudie l'auto-intoxication intestinale et les moyens de la combattre. Tout d'abord ce n'est pas chez les malades chroniques qu'il faudra la rechercher surtout, mais bien plutôt dans les cas aigus qui présentent des idées délirantes non systématisées, de l'incohérence, de l'agitation, de la constipation, de l'élévation de la température, de la fétidité de l'haleine, la peau sèche et chaude.

La tyrosine produite pendant le processus de la putréfaction des matières albuminoïdes présente comme dérivés le phénol, le crésol, l'indol et le scatol; comme elle est vite décomposée, on ne la trouve pas d'ordinaire dans les fèces, mais seulement ses produits de décomposition, le phénol, le crésol, l'indol et le scatol. Trouvés purs dans les fèces, ces corps se retrouvent dans l'urine sous forme de sulfates.

L'examen des matières fécales se fera suivant le procédé de Simon, que décrit l'auteur. Des observations de Simon il résulte qu'à une diminution dans la sécrétion de l'acide chlorhydrique de l'estomac, correspond une augmentation de la putréfaction intestinale, et que le degré de cette putréfaction intestinale est en rapport direct avec l'élimination des sulfates.

Le traitement consistera d'abord dans l'administration d'acide chlorhydrique, puis on fera des lavages intestinaux, on donnera des purgatifs et de grands lavements salés; le tube digestif sera ensuite antiseptisé par les divers antiseptiques intestinaux qu'on variera suivant la région de l'intestin qu'il faudra antiseptiser, les plus solubles agissant dans la première partie de l'intestin et les moins solubles dans la seconde.

L'ingestion d'une grande quantité d'eau, soit pure, soit médicamenteuse, constituera un excellent mode d'élimination, non seulement pour l'intestin, mais aussi pour les reins et la peau. La diaphorèse sera stimulée par des bains chauds et du massage.

Ce mode de traitement sera applicable à un grand nombre d'affections mentales aiguës. (*American Journal of insanity*, juillet 1897.) E. Blin.

XXXIV. Questions générales d'auto-infection; par le Dr Clarke.

La base auto-toxique des maladies nerveuses est de toute évidence en mainte circonstance, l'auto-infection est, pour le moins, un important facteur dans plusieurs formes de la folie, et, sans qu'on puisse affirmer positivement la part qu'elle joue, elle jette

un jour nouveau sur la compréhension de certaines formes mentales difficiles à interpréter autrefois ; les psychoses intermittentes offrent à cet égard un vaste champ de recherches.

La chimie biologique et la pathologie doivent se prêter un mutuel appui pour l'étude de la toxicité du sang et des excreta chez les aliénés. Il est nécessaire, avant tout, d'étudier la question à son point de vue le plus large; jusqu'à présent, les théoriciens ont eu le champ libre; aux cliniciens maintenant à confirmer les idées mises en avant, à en démontrer la justesse. (*American Journal of insanity,* juillet 1897.) E. B.

XXXV. Tremblement dans la chorée; par le Dr Wallace Rhein.

On est habitué à regarder les mouvements de la chorée comme maladroits, incoordonnés et irréguliers. L'irrégularité des mouvements a toujours été considérée comme caractéristique de la maladie, si bien qu'on a attribué à ces mouvements le qualificatif de folie des muscles. Cinq cas cliniques, avec tracés, cités par l'auteur lui servent à démontrer que dans certains cas, il existe, associés à ces mouvements ordinaires de la chorée, ou même pouvant les remplacer, des mouvements rythmiques vibratoires ayant tous les signes d'un tremblement bien caractérisé. (*The alienist and neurologist,* octobre 1897.)

XXXVI. Neurasthénie; par le Dr Hersman.

La neurasthénie n'est pas une maladie, mais une condition : elle n'est pas localisée à une partie quelconque du système nerveux, mais extrêmement généralisée.

Il est plus rare de la voir exister seule que de la trouver associée à d'autres maladies fonctionnelles. Toutefois, tant au point de vue symptomatologique qu'au point de vue pathologique, elle présente un tableau clinique des mieux marqués dont l'auteur donne le résumé classique.

Quant aux conditions pathologiques de la neurasthénie, les théories les plus plausibles considèrent cette affection comme la résultante d'une condition toxique des liquides de l'économie.

Le diagnostic de la neurasthénie simple est facile ; mais le tableau clinique se trouve singulièrement compliqué quand la neurasthénie est accompagnée d'une autre affection, organique ou fonctionnelle. Le traitement consistera dans le séjour prolongé au lit, de douze à seize heures par jour; massages, affusions tièdes au lit, deux ou trois fois par semaine une faradisation légère remplacera avantageusement l'exercice. Le traitement se fera de préférence dans dans un hôpital ou une maison de santé privée. Comme régime, insister sur le lait et les œufs. Le traitement moral sera d'une

grande importance, et pour l'entreprendre, le médecin devra gagner d'abord la confiance absolue du malade. Contre les céphalées, les douleurs ostéocopes, les douleurs articulaires, l'antipyrine, soit seule, soit combinée au citrate de caféine ou au salicylate de soude, donnent de bons résultats. (*The alienist and neurologist*, octobre 1897.) E. B.

XXXVII. Neurasthénie essentielle et neurasthénie symptomatique; par le Dr Dercum.

Trop souvent la neurasthénie est considérée comme une affection vague, composée de facteurs pathologiques variés n'ayant que peu ou pas de rapports entre eux. Les raisons de cette mauvaise interprétation tiennent d'abord à ce fait que les symptômes de la neurasthénie sont pour la plupart subjectifs et que d'autre part, on a souvent décrit sous le nom de neurasthénie des symptômes nerveux associés à l'anémie, à la chlorose, à certaines affections des organes pelviens ou de l'estomac : ces symptômes, pour neurasthéniques qu'ils puissent être, sont chose entièrement distincte de la neurasthénie vraie, essentielle. La neurasthénie n'est pas une affection vague et mal définie, comme tendrait à le faire croire la description récente de Binswanger : son expression clinique est une fatigue nerveuse dont les symptômes, suivant l'organe considéré, se groupent et s'unissent entre eux pour former une entité bien déterminée.

Les divers symptômes primaires de la maladie seront tous, quelle que soit la fonction considérée, caractérisés par la fatigue, à laquelle se joindront dans certains cas des hyperesthésies ou des troubles de la sensibilité générale qui constitueront les symptômes secondaires. Dans certains cas, les symptômes secondaires pourront paraître prédominants au premier abord, mais un examen attentif permettra teujours de retrouver des symptômes primaires fondamentaux. (*The alienist and neurologist*. E. B.

XXXVIII. Le problème psycho-moteur; par le Dr H. Nichols.

Etudiant les relations du processus mental avec l'activité musculaire, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : — *a*). Toutes les sensations et les états mentaux sont moteurs. — *b*). L'organisme neuro-musculaire entier agit primitivement comme un tout. — *c*). Les lois d'association sont universelles pour tout l'organisme nerveux, moteur aussi bien que mental. — *d*). Nos capacités instinctives, multipliées et compliquées dans léur développemeut en accord avec ces lois de l'association expliquent l'augmentation des habitudes psycho-motrices et la variété des réactions qui constitue les phénomènes psycho-moteurs. — *e*). L'hérédité, l'éducation, l'opportunité, l'entourage individuel et social sont les mots d'ordre de l'avenir. (*American Journal of insanity*, juillet 1897.) E. B.

XXXIX. A propos d'un cas très intéressant de maladie d'Addison. Cancer associé a la tuberculose des capsules surrénales, intégrité du sympathique et lésions spinales pseudo-systématisées; par le Dr Bonardi.

Cliniquement le malade présentait des signes de maladie d'Addison, associés à quelques symptômes tabétiques. A l'autopsie, on trouve un cancer du corps du pancréas; quelques ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux augmentés de volume. De ces ganglions, les uns ont à la section un aspect néoplasique; d'autres, au contraire, paraissent contenir une substance caséeuse. Les ganglions péribronchiques sont aussi augmentés de volume; quelques-uns sont en voie de dégénérescence caséeuse. Les glandes surrénales sont bosselées, de consistance ligneuse en certains points et très molles, au contraire, dans d'autres.

A la section on voit que le tissu normal de la glande est détruit et remplacé par des noyaux de nouvelle formation et par des masses caséeuses. L'analyse bactériologique et l'expérimentation démontrent la nature tuberculeuse de la substance caséeuse des ganglions et des capsules surrénales.

Les recherches histologiques montrent la nature cancéreuse du néoplasme du pancréas ainsi que des nodules des ganglions du mésentère, des ganglions rétro-péritonéaux et de ceux des capsules surrénales. Le sympathique n'offre guère de lésions appréciables. Il y a, au contraire, une altération de la moelle dans toute sa hauteur : dans la région lombaire et dorsale le cordon de Goll est presque complètement détruit; le cordon de Burdach est aussi envahi, ainsi que la zone de Lissauer et la corne postérieure. A la région cervicale, le processus destructif se restreint à un segment du faisceau de Goll.

En somme, il est exceptionnel de voir le cancer associé à la tuberculose des capsules surrénales. Mais l'importance du cas réside dans les lésions spinales indépendantes de lésions antérieures ou concomitantes du sympathique et du système nerveux périphérique. Cette observation vient s'ajouter aux autres faits démontrant l'existence de myélites disséminées systématiques et pseudo-systématiques d'origine toxique, sans relation probable avec des processus ascendants venant du sympathique ou des nerfs périphériques. (*Revue neurologique*, août 1897.) E. Blin.

XL. Des mouvements involontaires spontanés chez les tabétiques; par le Dr Hirschberg. (*Revue neurologique*, décembre 1897.)

Depuis deux ans, l'auteur étudie les mouvements involontaires chez les tabétiques, dans le riche service du professeur Raymond.

Les conclusions de son travail sont les suivantes :

1° Les mouvements involontaires qu'on rencontre dans le cours du tabes dorsalis à la période ataxique ne forment pas une complication de cette maladie. Ils ne sont qu'une manifestation particulière de l'incoordination motrice. Ils méritent donc dans la symptomatologie du tabes une place à part et ne doivent pas être confondus avec les mouvements passifs, ni avec les secousses, ni avec les mouvements associés, dont la relation avec l'incoordination motrice est moins intime; 2° Comme l'incoordination motrice tabétique en général, les mouvements involontaires ne se rencontrent jamais sans troubles plus ou moins profonds de la sensibilité musculo-articulaire des organes atteints de ces mouvements; 3° Comme le signe de Romberg dans les cas peu avancés d'ataxie, les mouvements involontaires ne se montrent que quand le malade a les yeux fermés. Dans l'ataxie avancée, le contrôle de la vue ne suffit plus pour arrêter les mouvements involontaires; 4° Les mouvements involontaires dans le cours du tabes dorsalis sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croyait jusqu'à présent. E. B.

XLI. Fibrome sous-cutané douloureux; par les Drs Sabrazès et Cabannes. (*Revue neurologique*, novembre 1897.)

Une jeune malade, atteinte d'un nodule sous-cutané de la jambe voit se développer tout autour une zone où les douleurs sont tellement aiguës qu'une intervention chirurgicale est rendue nécessaire. L'examen histologique de la petite tumeur montre que c'est un fibrome pur n'englobant pas dans son intérieur d'éléments nerveux et n'en comprimant pas dans son voisinage; du reste le troubles de la sensibilité n'affectent nullement la zone de distribution de l'un des filets nerveux de cette région.

La malade, très émotive, est atteinte d'un léger rétrécissement du champ visuel, d'une pollakiurie diurne avec urines normales, et est très préoccupée par son nodule sous-cutané. Les accès douloureux spontanés ou provoqués qu'elle éprouve disparaissent après l'opération, mais il persiste des modifications de la sensibilité objective: cette anesthésie, traitée par les agents esthésiogènes, disparaît complètement; l'expérience du transfert est positive. Ces troubles de sensibilité doivent donc être confondus avec les anesthésies mobiles symptomatiques de l'hystérie. Au fibrome se surajoute, dans ce cas, une topoalgie névropathique. E. B.

XLII. Quatre cas d'affection cérébelleuse a rapprocher de l'ataxie cérébelleuse héréditaire (une autopsie); par G. Spiller. (*Brain*, part. LXXVI, 1896.)

Ces quatre cas proviennent de l'école des Enfants arriérés de Pensylvanie.

I. Jeune homme vingt-trois ans, imbécillité, microcéphalie, parents sains (?), convulsions épileptiformes à trois ans; premiers signes de la maladie actuelle remarqués à seize ans. Marche toujours à quatre pattes, étant fort et agile dans cette posture, au lieu que debout il redoute beaucoup la marche. Dans cette dernière attitude, parésie des membres inférieurs, inclinaison du tronc en arrière et chute dans ce sens, recherche d'un appui pour la main avant de risquer un pas, jambes écartées, genoux légèrement fléchis, démarche pelvienne. Pas de signe de Romberg, incoordination moins accentuée aux membres supérieurs. Tremblement léger au repos continuant sans exagération pendant les mouvements intentionnels. Pas d'atrophie. Réflexe patellaire exagéré, clonus des deux pieds, vision défectueuse. Pas d'Argyll Robertson, pseudo-nystagmus de Klippel et Durante (saccadé non arythmique). Parole mal articulée presque incompréhensible. Aucun trouble de la sensibilité.

II. Garçon de treize ans, débilité mentale, trois pneumonies antérieures au début de l'affection. Névrite optique. Elocution scandée, explosive; réflexes symétriquement exagérés. Incoordination, démarche cérébelleuse caractéristique (ébrieuse); tremblement pendant les mouvements. Pas de signe de Romberg; force musculaire intacte, gâtisme par intervalles; penche en arrière ou en avant et à gauche, tombe souvent, toujours à gauche.

III. Fille de sept ans, idiote, microcéphalie, dystocie de la mère, une attaque convulsive à quatre ans. Pas de signe d'Argyll Robertson, vision bonne; station debout difficile, genoux légèrement fléchis, jambes écartées, tendance à tomber, chute en avant; démarche chancelante très difficile; agilité quand la malade est assise à terre. Incoordination très prononcée, pseudo-nystagmus, réflexes exagérés.

IV. Garçon, dix-neuf ans, arriéré; diphtérie et scarlatine à cinq ans ayant marqué le début de l'affection. Démarche titubante, vertiges, steppage; vision faible, tronc légèrement penché en avant, tête un peu tournée à gauche; réflexes augmentés; mort de tuberculose.

Autopsie : cavité cérébelleuse étroite, hémisphère cérébral gauche atrophié, cervelet symétriquement diminué de volume, réduit en masse.

Pont de Varole très mince, lobes cérébelleux très petits et égaux; aspect scléreux. Tubercule quadrijumeau postérieur gauche réduit de volume. Cellules bien conformées mais raréfiées. Sclérose nette à la région postérieure des deux lobes. Noyau rouge droit légèrement plus petit que le gauche. Couche optique gauche beaucoup plus petite que la droite. Atrophie scléreuse des deux noyaux dentelés à la partie postéreure seulement. Moelle intacte ainsi que le bulbe

sauf quelques dilatations vasculaires. Dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse de Marie la lésion importante est l'atrophie du cervelet avec simple diminution de volume de la moelle. Fraser et Norme considèrent leurs cas comme des arrêts de développement. La maladie de Friedreich et l'ataxie cérébelleuse peuvent être des formes différentes de la même maladie; il y a des cas où les deux syndromes sont simultanés et où le cervelet et la moelle sont également atteints (Menzel). F. Boissier.

XLIII. Troubles de la sensibilité au point de vue spécial de la douleur dans les affections viscérales; par H. Head. (*Brain*, part. LXXIV, 1896.)

Ayant dans un précédent travail étudié la localisation simplement topographique des douleurs et hyperesthésies superficielles *éloignées* qui accompagnent les maladies viscérales, l'auteur cherche à déterminer ici les rapports constants entre ces localisations et les organes dont la lésion a produit ces douleurs. Cette longue enquête est donc surtout physiologique, les cas cliniques qui la composent équivalent à autant d'expériences de laboratoire. Les termes vagues « de névralgies intercostales, douleurs rhumatismales, migraines cardiaques », etc. représentent le plus souvent des phénomènes qui étudiés de près se défalquent en douleurs ou hyperesthésies dont la localisation déterminée et constante correspond à la lésion de tel viscère ou portion de viscère plus ou moins éloigné de l'aire donloureuse. Il faut d'abord différencier ces douleurs à distance des douleurs locales profondes au voisinage même de l'organe atteint, ce qui n'est pas toujours facile, une aire douloureuse ainsi reliée de loin à un viscère peuvent être assez voisine de lui (cœur, douleur précordiale). Cela fait, M. Head cherche avec quelles conjonctions de signes physiques se rencontrent l'absence et la présence de ces douleurs et hyperesthésies à distance; ce qui l'amène à constater pour le cœur que : 1° ces phénomènes sont réalisés surtout lorsqu'il y a un état de tension exagérée intracardiaque avec intervalles paroxystiques (insuffisances avec reflux et rétrécissements des orifices); 2° que ces douleurs d'origine ventriculaire occupent précisément sur la peau l'aire innervée par les 5e, 6e, 7e, 8e et 9e segments médullaires dorsaux pour les lésions mitrales, et les 2e, 3e, 4e et 5e segments cervicaux, ou bien du 4e cervical au 6e dorsal pour les lésions aortiques. Pour l'aorte transverse l'aire douloureuse est celle du laryngé inférieur; pour l'aorte ascendante celle des 3e et 4e segments cervicaux et des 1er, 2e, 3e et 4e dorsaux; pour le ventricule gauche l'aire du 2e au 5e segments dorsaux; pour l'oreillette gauche celle des 5e, 6e, 7e et 8e dorsaux. Ces segments correspondent précisément à l'innervation des aires cutanées douloureuses et à celle des points viscé-

raux lésés, origines des douleurs en question. Les aires et les segments en rapport avec l'aorte et le cœur gauche présentent une difficulté spéciale à étudier et une apparente confusion qui cesse en remontant à l'embryologie jusqu'à l'époque du cœur rectiligne (avant la flexion). Ces phénomènes douloureux peuvent donner au clinicien des renseignements précieux, car ils ne se produisent plus à une période avancée de la maladie et ne se manifestent qu'en présence d'un cœur encore en état de servir ; jouant ainsi le rôle d'avertisseur ils imposent le repos de l'organe.

M. Head étudie avec la même méthode scrupuleuse les douleurs et hypéresthésies à distance accompagnant les maladies de la plèvre et du poumon. Ici encore elles sont systématiquement localisées sur les aires en connexion avec les segments d'innervation viscérale correspondante ; elles sont surtout marquées du côté de la lésion, quand elles apparaissent du côté opposé, ce n'est que secondairement, plus tard et pour disparaître plus tôt. Pour le poumon les aires intéressées sont celles des 3e et 4e segments cervicaux et des segments dorsaux du 3e au 9e. Le lobe inférieur du poumon est plus spécialement en connexion avec les aires cutanées des 5e, 6e, 7e, 8e et 9e segments dorsaux. Un dernier chapitre est consacré aux gastralgies à distance causées par une lésion pulmonaire, différenciées bien entendu, des douleurs gastriques de voisinage (lésions de la base) et des dyspepsies indépendantes surajoutées. Ce mémoire est composé de 71 observations rigoureusement relevées et contrôlées chacune par des spécialistes en cardio et pneumopathologie. F. Boissier.

XLIV. Un cas dont l'autopsie démontre la guérison d'une première attaque de méningite ; par H. White. (*Brain*, part. LXXVI, 1896.)

Enfant de treize mois, mort après six jours de méningite tuberculeuse classique. A l'autopsie, en sus des lesions de la méningite mortelle, on trouve dans chaque scissure de Sylvius deux nodules anciens caséifiés remontant à plus d'un mois, indiquant la trace d'une première atteinte qui avait guéri. F. B.

XLV. Paralysie brachiale du type d'Erb, chez un enfant de sept ans. (*A case of Erb's pgralysies. Upper. Arm type. In a child of seven years*) ; par Wharton Sinkler. (*Médecine, Détroit* août, 1897.)

Dans cette observation, intéressante à cause de la rareté de cette affection dans l'enfance et surtout à cause de l'existence d'un traumatisme qui rendait très difficile le diagnostic entre une paralysie brachiale radiculaire et une forme d'atrophie musculaire du type juvénile d'Erb, il s'agit d'un enfant de sept ans, sans aucune tare nerveuse, qui, étant resté suspendu par les bras à un trapèze pen-

dant un temps immodéré, présenta au bout de quelque temps des troubles de paralysie brachiale. Il ne présenta aucun accident immédiat. Ce n'est qu'au bout de deux mois qu'on s'aperçut qu'il se servait avec peine de son bras droit.

A l'examen de l'enfant, qui est bien portant et vigoureux, on constate une atrophie très marquée des muscles de l'épaule et du thorax du côté droit.

Le grand pectoral est très atrophié, surtout dans sa portion inférieure qui a presque totalement disparu. Les muscles sus et sous-épineux sont atrophiés; le deltoïde l'est moins. On n'observe pas de troubles de de la sensibilité. D'ailleurs, le malade n'a jamais accusé de douleurs. On ne constate pas de lésions vertébrales. Les autres segments du membre supérieur présentent leurs mouvements normaux. Il n'y a d'ailleurs pas paralysie absolue dans les muscles atteints, mais un fort degré de parésie qui rend les mouvements pénibles.

L'auteur pense que dans ce cas il s'est produit une lésion des racines rachidiennes cervicales au cours de l'exercice forcé, déterminé par le trapèze; mais ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est que l'enfant n'a accusé aucune douleur lors de l'accident et que l'atrophie n'a été constatée que deux à trois mois après.

P. Rellay.

XLVI. Sur un cas d'acromégalie; par Roxburgh et Collis. (*British medical Journal*, 11 juillet 96.)

La malade, âgée de trente-cinq ans, mourut après huit ans de maladie avec pieds, mains et tête déformés de façon caractéristique par épaississement du squelette et de la peau, hypothermie, troubles circulatoires, trophiques et sécrétoires. Gâtisme coma et mort. A l'autopsie ramollissement de la pituitaire tuméfiée. Au microscope apparences de sarcome gliomateux. A. Marie.

XLVII. Affection du système nerveux de l'enfant en rapport avec l'accouchement difficile ou prématuré; par Newmark (*Occidental medical Times*, août 96).

L'auteur fait une rapide revue d'ensemble de la question. Il rappelle que dans la littérature anglaise de Shakespeare on trouve trace de cette influence reconnue de l'accouchement laborieux sur la mentalité de l'enfant. Il rappelle les travaux de Kundrat et H. Spencer sur les hémorragies méningées des morts-nés. Spencer sur 130 autopsies, note que les hémorragies de ce genre résultent de dystocies ayant provoqué la lenteur du travail ou les interventions obstétricales, telles que version, forceps. etc. ; particulièrement les présentations du siége paraissent amener les hémorragies ménin-

gées et les premiers-nés sont, dans les présentations quelconques, plus fréquemment atteints ; dans la moelle, les lésions hémorragiques rappellent celles de la syringomyélie (Schultze). Les accouchements difficiles et prolongés produiraient surtout des diplégies, l'accouchement prématuré des paraplégies (Gowers et Rupprecht). L'auteur cite 20 cas personnels se décomposant comme suit :

15 à terme	8 diplégies. 4 hémiplégies. 2 chorées spasmodiques. 1 paraplégie.
5 nés avant terme .	4 paraplégies. 1 diplégie.

A. M.

XLVIII. Tumeur cérébrale et épilepsie jacksonnienne; par A. Abrams et Dudley-Tait (de San-Francisco). (*Occidental medical Times*, juin 96.)

Le malade était âgé de trente-deux ans : chute sur la tête en patinant au Skating-ring, hémiplégie droite ; puis, contractures et secousses convulsives localisées au membre inférieur droit s'étendant parfois aussi au bras ; aura sensorielle, pas de perte de connaissance, faiblesse musculaire consécutive. Pas de réactions de dégénérescence à l'électrodiagnostic.

Une lésion corticale irritante localisée à la région rolandique, au centre des mouvements de la jambe droite, fut diagnostiquée et l'opération décidée huit mois après l'accident. Une tumeur adhérente à la dure-mère fut trouvée et énucléée, mais l'extraction fut suivie d'une hémorragie veineuse sans ouverture des sinus, dont la tumeur touchait les parois. Elle était par suite très vasculaire et de nature fibro-sarcomateuse. Le malade mourut peu après du schock et du collapsus consécutif à l'hémorragie veineuse persistante.

A. M.

XLIX. Maladie d'Addison et capsules surrénales; par G. Auld. (*British medical Journal*, 4 juillet 1896).

L'auteur revenant sur une étude précédente (*Bristol Mecing* 1894), rappelle que la partie médullaire de la glande surrénale a une structure particulière et une fonction sécrétoire consistant en l'élaboration d'une substance colloïde qu'elle verse dans le sang où elle joue un rôle trophique sur le système nerveux sympathique. S'appuyant sur des expériences et recherches expérimentales sur le cheval, le bœuf, le mouton, le chien, le lapin, etc., et des préparations microscopiques complémentaires il propose une théorie nouvelle du mode de sécrétion par les cellules épithéliales de passage de la sécrétion dans le sang et des échanges divers entre le tissu glandulaire et la circulation qui le traverse. A. Marie.

L. Tic convulsif substitué a une névralgie sus-orbitaire; par le Dr Harold Moyer.

Le malade dont l'observation est relatée, souffrit dès 1887 de névralgies sus-orbitaires. Les crises de douleurs duraient de une à quatre semaines et étaient provoquées par le froid. Ces douleurs disparurent au bout de cinq ans en même temps qu'apparurent des spasmes d'abord dans la paupière gauche, puis peu à peu dans tous les muscles de la face. Au moment où le spasme va commencer, le malade a une sensation de coton dans l'oreille gauche; dans l'intervalle des crises, il n'y a aucune modification de l'aspect de la face. La fréquence des spasmes varie d'une semaine à l'autre.

Une particularité intéressante de l'observation consiste dans ce fait que la mère du malade fut elle aussi atteinte de spasmes du côté gauche de la face et que ces spasmes cessèrent tout à coup pour donner place à une névralgie faciale du côté gauche. (*The alienist and neurologist*, juillet 1897). E. Blin.

LI. Progrès de la neurologie en Amérique; par le Dr Hughes.

Après avoir constaté combien les travaux américains ont fait progresser la neurologie et la psychiatrie dans le monde entier, après avoir montré que les Américains se sont fait dans ces sciences une place au moins égale à celle des neurologistes d'Europe, l'auteur donne une longue bibliographie, répartie par noms d'auteurs, des principaux travaux relatifs à la neurologie et à la psychiatrie, parus en Amérique au cours de ces trente dernières années. (*The alienist and neurologist*, juillet 1897.) E. B.

LII. Lésions produites expérimentalement par l'alcool éthylique sur la cellule nerveuse corticale; par Henry Berkley (de Baltimore). (*American Journal of Insanity*, juillet 95.)

L'expérience fut faite sur des lapins soumis à l'alimentation avec alcool dilué pendant six mois à raison de 6 à 8 centimètres cubes par jour. Les recherches histologiques, faites selon les méthodes de Nissl et Muller, montrèrent une altération parenchymateuse atteignant particulièrement les grosses cellules pyramidales de la deuxième et troisième couche.

Un neurone sur 5 environ était flétri avec amincissement du ses prolongements protoplasmiques dont le chevelu était plus grêle ou présentait des dégénérescences moniliformes; altération analogue des cellules de Purkinje, intégrité apparente de la névroglie. Les alcools même les moins réputés délétères produisent des altérations histologiques identiques. A. Marie.

LIII. Myasthénie bulbaire pseudoparalytique; par le prof. A. Kojewnikoff. (*La Revue médicale russe*, 1897, année XXIV, octobre, p. 491-499.)

L'auteur complète l'observation qu'il a publiée un an avant et qui présente un très grand intérêt clinique par la présence des signes inaccoutumés dans un cas de paralysie bulbaire incontestable. La maladie a débuté à l'âge de treize ans par l'affaiblissement de la voix suivi de paralysie du voile du palais; ensuite sont venus : la difficulté de la déglutition, le ptosis gauche, l'*atrophie de la langue*, la parésie des muscles masticateurs et de ceux de la partie inférieure de la face, enfin la paralysie des deux droits externes. Tous ces phénomènes présentaient des variations considérables. L'asthénie était grande, surtout prononcée dans les muscles buccaux et pharyngiens. Les côtés intéressants et originaux de l'observation peuvent être ainsi résumés :

1° L'asthénie ne s'est pas limitée au système musculaire, elle était également très prononcée dans les appareils sensoriels; la fatigue provoquait un rétrécissement du champ visuel de plus en plus grand, le goût s'en ressentait de la même façon;

2° Une atrophie très nette avec signe de dégénérescence peut être observée dans les muscles atteints d'asthénie; avec ceci de particulier qu'elle peut diminuer et même disparaître sous l'influence d'un traitement énergique;

3° Ce dernier consiste surtout en alimentation surabondante du malade: il faut éloigner de ce dernier toute cause d'émotion; lui défendre les mouvements brusques et prolongés, etc. L'auteur a obtenu des résultats très satisfaisants avec ce traitement (entre autres une diminution très considérable de l'atrophie).

E. Margouliès.

LIV. Des symptômes précoces et peu connus du tabes; par le professeur Bechtereff. (*La Revue de psychiatrie de neurologie et de psychologie expérimentale*, 1897, n° 9, septembre, p. 650-652.)

Il est important et souvent très difficile de dépister l'ataxie locomotrice à son début lorsque les gros signes classiques font défaut; dans ces cas, certains symptômes de moindre importance peuvent rendre de réels services. Parmi ces derniers, M. Bechtereff insiste surtout sur l'état des réflexes cutanés (abdominaux tout particulièrement) qui peuvent être exagérés contrairement aux réflexes tendineux; sur la percussion indolore du nerf cubital au coude, du péronier, du saphène poplité interne au creux poplité (ce dernier est plus fréquemment et plus précocément indolore que le cubital); enfin, sur l'absence de douleur lorsqu'on pince les différentes masses musculaires du corps, surtout celle du mollet. E. Margouliès.

LV. Paralysie hystérique du grand dentelé gauche; par M. Blumenaou. (*Revue de psychiatrie, de neurologie et de psychologie expérimentale*, 1897, septembre, n° 9, p. 656-658).

Les paralysies des muscles isolés sont extrêmement rares dans l'hystérie. Dans un des cas de ce genre (celui de Verhoogen, voir Gilles de la Tourette, *Traité de l'hystérie*, t. II, p. 56), il s'agissait aussi de la paralysie isolée du grand dentelé gauche. Le malade de M. Blumenaou est un soldat de vingt-deux ans, qui faisant un jour la gymnastique a ressenti subitement une forte douleur dans l'épaule gauche; depuis ce moment l'omoplate gauche a commencé à faire une forte saillie, son angle inférieur est soulevé et rapproché de la ligne médiane; lors de l'élévation du bras, l'omoplate s'éloigne davantage du corps. Les mouvements sont très limités dans ce membre, surtout le mouvement d'élévation.

Le malade est porteur de stigmates incontestables de l'hystérie : rétrécissement concentrique du champ visuel avec dyschromatopsie et micropsie gauche, réflexe pharygien diminué, anesthésies partielles (surtout prononcée au niveau de l'omoplate atteinte et de l'épaule gauche).

La nature hystérique de la paralysie (malgré la préseuce de l'accident traumatique) est fondée par l'auteur : 1° sur la prédominance du côté de la paralysie d'autres accidents hystériques (sensitivo-sensoriels) ; 2° sur les variations spontanées en plus ou en moins qu'on observait fréquemment dans le muscle paralysé; 3° sur l'absence d'atrophie après deux mois de paralysie persistante.

E. Margouliès.

LVI. Trismus hystérique; par les Drs Biolot et X. Francotte. (*Jour. de Neurologie et d'Hypnologie*, 1897, n° 22.)

Observation d'une religieuse, hystérique, qui, entre autres accidents, fut atteinte à la suite d'une colère d'un trismus qui dura d'une façon permanente pendant neuf mois et guérit spontanément. G. D.

LVII. Des relations entre les psychoses, la dégénérescence mentale et la neurasthénie ; par M. le Dr Lentz. (*Journal de Neurologie et d'Hypnologie*, 1897, n° 217.)

On sait que l'accord est loin d'être fait sur l'acception et la signification qu'il convient de donner au mot de *dégénérescence*. M. Lentz propose, dans ce travail, de ne l'appliquer désormais qu'aux sujets qui présentent une infériorité intellectuelle et morale, avec ou sans perversion des instincts, c'est aux débiles, aux imbéciles et aux idiots. La *neurasthénie* serait constituée par un ensemble de mani-

festations ayant une évolution progressive et se caractérisant par une série de symptômes qui depuis la simple amyesthénie et asthénie cérébrales peuvent progresser jusqu'aux phobies et obsessions les plus accentuées et aux troubles intellectuels les mieux caractérisés, mais ayant toujours des modalités spéciales.

Quant aux *psychoses*, elles ne seraient le plus souvent que le dernier terme de l'évolution des névroses. En d'autres termes il n'y aurait pas de névroses pures; il n'y aurait que des névropsychoses; les névroses qui restent indemnes de manifestation psychosique devant être considérées comme n'ayant pas atteint leur complet développement. G. D.

LVIII. Hérédité et névrose; par G.-H. Savage.
(*Brain*, part. LXXVII, 1897.)

L'évolution darwinienne admise en principe avec les données de Weissmann sur le plasma germinatif, M. Savage appuie sa théorie sur le fait que les caractères spécifiques de l'être se transmettent directement, non sans un certain pouvoir de variation légère, et que les homologies fonctionnelles des organes transmis réapparaissent dans les générations successives. Mais si les organes et fonctions les plus simples (réflexes) se transmettent directement et sans l'intervention d'autres influences, il n'en est pas de même des fonctions complexes d'ordre supérieur. Pour celles-ci les tissus et organes se transmettent directement, mais avec la faculté, virtuelle seulement, de la fonction, et celle-ci ne peut être provoquée et développée que par les influences du milieu ambiant (langage, travail manuel adapté). Une prédisposition est une qualité transmise mais non développée, qui peut rester longtemps potentielle jusqu'à ce qu'un stimulus approprié vienne l'évoquer et la rendre actuelle. On n'hérite donc pas d'une fonction, mais d'une aptitude à réagir d'une façon déterminée à des stigmates à des stimulations déterminées ; le milieu peut donc faire varier la qualité de ces réactions sans modifier l'essence cararactéristique de l'être. Pathologiquement les conditions ambiantes font varier seulement *la forme* des névroses, leurs différences ne sont pas spécifiques, elles définissent des variétés et non des espèces. Si à la complication progressive de la vie correspond un développement proportionnel de complexité des relations accompagné d'un risque égal d'aberration; la transmissibilité de ce pouvoir plus complexe d'adaptation individuelle entraine avec elle la transmission possible des défauts de ce pouvoir. Or l'affinement exagéré imposé au système nerveux par ces conditions extérieures exige de sa part une instabilité d'équilibre parfois trop délicate exposée à des désordres en rapport non plus avec un manque d'organisation, mais avec un excès de force de la part de l'excitation externe. C'est cette tendance même à l'ins-

tabilité relative que l'auteur appelle « névrose », et non une maladie déterminée; c'est elle qui est le résultat naturel d'un mode d'existence trop hautement différencié. Il distingue deux groupes parmi les instables, ceux à réactions rapides et délicatement adaptées (géniaux) et ceux à instabilité aveugle ou à réactions destructives. Des personnes semblables réagissent diversement à des stimulations identiques, une même personne répond aussi diversement aux mêmes stimulations à des époques différentes, elle pourra ainsi à divers moments présenter des formes diverses de névrose. Cette instabilité indifférente a nécessairement un substratnm physique dont les causes variées elles-mêmes doivent être cherchées dans les conditions vitales des ascendants (climat, milieu, alimentation, faiblesse, déchéance, épuisement organique, etc.); elle se traduira sur la progéniture d'une même souche comme un enchaînement dont les anneaux pourront être disparates : insuffisance cérébrale massive (idiotie), ou partielle (déséquilibration), défaut de contrôle simple ou avec décharges irrégulières de force nerveuse (impulsivité, chorée, épilepsie, folie intermittente, etc.), variétés observables dans une famille et aussi chez une même personne. Ce défaut de pouvoir de contrôle se traduit encore par une constante agitation ne permettant aucune épargne d'énergie nerveuse et entraînant des réactions indues aux excitations extérieures ou internes (terreurs nocturnes, somnambulisme, propension à délirer pour la moindre pyrexie, régulation désordonnée de la température), causant une difficulté particulière d'adaptation au monde extérieur, certains troubles de la mémoire avec incapacité pour comparer les expériences antérieures aux impressions présentes, manque de jugement, folie morale, perversion des instincts. Il y a donc transmission d'une tendance qui évolue dans divers sens selon les conditions ambiantes où vit le sujet.

Il faut généraliser davantage. l'instabilité transmise est plus globalement physique que spécialement nerveuse, mais à la longue, de génération en génération, le déséquilibre se localise sur l'appareil nerveux plus élevé et plus délicat. Il y à d'ailleurs une relation manifeste entre les affections somatiques et la névrose. Il y a l'hérédité d'une plus grande réceptivité pour certaines maladies contagieuses; propension de tous les membres d'une famille à prendre et à avoir plusieurs fois de suite une même pyrexie; transmission du terrain favorable à la tuberculose, etc., autant d'arguments en faveur d'une prédisposition à une *vitalité instable*. Celle-ci découle d'une condition inférieure permanente ou passagère des ascendants ayant entraîné une altération correspondante dans la vigueur initiale du plasma germinatif (vieillesse, convalescence et causes déjà mentionnées).

Mais malgré la généralité vitale de cette prédisposition, elle peut parfois s'attacher à un système spécial à travers plusieurs

générations ; de même que dans certaines lignées elle ouvre la porte de préférence à des maladies physiques déterminées (cancer, tuberculose, goutte), de même elle l'ouvre à l'hérédité nerveuse et dans celle-ci à des affections encore spécialisées. C'est ainsi que certaines psychoses ont plus que d'autres une tendance à se transmettre avec leur même forme, et surtout celles telles que la mélancolie qui s'accompagnent d'altérations somatiques. Ce fait et celui de l'alternance d'une génération à l'autre, d'une névrose et d'une affection diathésique montrent encore l'indissoluble solidarité de la névrose avec l'état somatique devant l'hérédité comme chez l'individu. L'auteur recherche en terminant la fréquence relative de l'hérédité similaire dans les principales psychoses, et celle de la transmission de certains caractères corporels sans valeur dans certaines familles, comme la forme du nez, des doigts, etc., qu'il rapproche de l'hérédité de certaines dispositions organiques plus obscures mais ayant des expressions particulières comme les tics physiques ou mentaux et comme les aptitudes spéciales (musique, dessin).

Il faut donc, en matière d'instabilité nerveuse, compter avec la force de l'hérédité, mais aussi avec l'influence du milieu qui peut modifier la forme de la prédisposition transmise. On n'a donc pas affaire à une irrévocable fatalité, mais à une puissance capable plus ou moins de fléchir, ce qui doit justifier et encourager nos efforts de traitement. F. BOISSIER.

LIX. EVOLUTION DE LA THÉORIE HYPNOTIQUE; par J.-MILNE BRAMWELL. (*Brain*, part. LXXVI, 1896).

Max Dessoir, en 1888, a relevé sur l'hypnotisme 800 ouvrages principaux faits par plus de 500 auteurs différents, parmi lesquels on en trouverait difficilement deux s'accordant plus ou moins complètement; aussi la revue d'un pareil sujet n'est-elle pas facile. On peut cependant avancer, en possédant bien l'œuvre généralement mal connue de Braid, que depuis ses derniers travaux peu de choses vraiment importantes ont été découvertes qui puissent les compléter. D'autre part la réfutation des données de l'école de Charcot par celle de Nancy reproduit assez bien la controverse de Braid contre les mesméristes. L'auteur reprend alors un par un les arguments de la Salpêtrière pour les discuter par les siens propres et par ceux de Braid, plutôt que par ceux de Bernheim et de Nancy. contre lesquels il aura à intervenir aussi plus loin. L'hypnotisme pour Charcot est un phénomène de condition morbide qui ne peut se produire que chez des hystériques; ce principe est contredit par Moll, Bernheim, Wetterstrand, Liebault, Van Eden, Van Renterghem, Wingfield, Forel, Grossmann, Esdaile, Braid, etc, que sur 100 individus quelconques en ont trouvé 90 hypnotisables et

qui affirment que les névropathes sont les plus réfractaires, et que parmi les individus absolument sains 98 p. 100 sont hypnotisables.

La plus grande susceptibilité des femmes; la résistance spéciale des enfants et des vieillards; la production possible de l'hypnose par les seuls moyens mécaniques sans influence mentale; la division des phénomènes hypnotiques en trois degrés; leur non-valeur thérapeutique; leur danger; tout cela est combattu par des chiffres et par des documents rationnels tirés des mêmes auteurs et d'autres encore (Krafft-Ebing, Bénédict, Bergman, Dumontpaillier. etc.). Quant à l'excitation des phénomènes physiques et mentaux par l'influence de métaux, d'aimants ou d'autres objets inanimés, la discussion entre la Salpétrière et Nancy rappelle plus encore celle de Braid contre les mesméristes, mais l'auteur n'admet en rien ces influences, les effets produits étant d'origine purement suggestive, les objets en question n'ayant pas plus d'action intrinsèque que s'ils étaient en bois. M. Bramwell se rapproche seulement de Charcot contre Nancy pour nier les résultats effectifs des suggestions criminelles; il critique ensuite la théorie d'Heidenhain, d'après laquelle, par suite de l'arrêt de l'activité des cellules corticales par la stimulation monotone d'autres appareils nerveux, les impressions passent directement aux centres moteurs sans aller aux centres supérieurs; « il y a production d'un *court circuit* dans le courant nerveux ». La doctrine de Hart présente ce même point faible de l'« *inhibition inhibée* » d'Heidenhain, et aussi un des points faibles de celle de Charcot : la production exclusive de l'hypnose chez les hystériques; elle suit encore les errements de Nancy quant aux suggestions criminelles; elle y ajoute celui de l'hypnose des animaux (écrevisse, alligator, cobaye) qui n'est qu'une simulation consciente et voulue de la mort, et celui de l'anémie des centres infirmé par l'expérience, tombant ainsi dans l'erreur si répandue qui consiste à prendre l'accompagnement physiologique d'un phénomène psychique pour ce phénomène lui-même. Moll, Meynert, Hack Tuke, Semal, Mendel, Ziemsen se mettent en contradiction les uns avec les autres, admettent les uns une activité psychique exagérée, les autres une activité réduite; les uns une manie, les autres une imbécillité artificielles. Cette confusion donne plus d'éclat à la concentration mentale, monoïdéisme de Braid, ou concentration de l'attention sur une seule fonction, mise en jeu tandis que toutes les autres deviennent torpides; le réveil d'une de celles-ci équivaudrait à la suppression totale de celle-là. Mais la théorie de Braid évolua aussi, attachant primitivement plus d'importance aux modifications physiologiques pour s'attacher davantage aux psychologiques sans jamais cependant séparer tout à fait ces deux ordres de faits. Bennet et plus tard Gurney adoptent des explications analogues : tout point de conscience active est entouré d'un essaim d'images ou idées subordonnées le contrôlant

instinctivement ou subconsciemment et dont il se trouve privé pendant l'hypnose. Bernheim enfin admet aussi la concentration sur un foyer unique qui peut se déplacer sans que cette concentration se dissolve; il y a à l'état normal une tendance à accepter les suggestions après examen seulement, tandis que dans l'hypnose il y a une aptitude spéciale à la transformation immédiate de de l'idée en acte, sans laisser à l'inhibition le temps d'intervenir. Tout le monde est suggestible, même à l'état normal; mais celui-ci ne diffère que par le degré de suggestibilité de l'hypnotisme qui n'est que le résultat de la suggestion d'une suggestibilité plus grande.

Similitude du sommeil normal et du sommeil hypnotique, analogie des phénomènes hypnotiques avec les actes automatiques involontaires et inconscients de la vie normale, tendance de l'idée à devenir actuelle, accroissement de la suggestibilité par la suggestion, analogie des résultats de la suggestion hypnotique et de la suggestion à l'état normal ; voilà les cinq propositions que M. Bramwell combat de lui-même ou avec l'appui de Moll, Hirsh, Spitta, Lehmann, Sully, etc. Il différencie non seulement les deux genres de sommeil, mais même les faits de somnambulisme naturel des actes accomplis dans l'hypnose; ceux-ci sont non seulement différents des actions automatiques naturelles, mais même tout à fait opposés et exigent une répétition plus fréquente encore pour prendre un caractère automatique. L'auteur nie la possibilité de suggestions criminelles sur des sujets moraux, il n'admet pas l'importance prépondérante et la puissance absolue de l'opérateur, le sujet conserve un certain pouvoir personnel, ce qu'il démontre par des observations frappantes et par des faits ou opinions de Beaunis, Crocq, Richer, Brouardel, Gilles, Pitres, Charpignon, de Jong. D'après Delbeuf, une suggestion qui serait refusée normalement n'est pas acceptée dans l'hypnose; ce refus est aussi facile dans l'état léthargique profond que dans la somnolence légère; l'intégrité mentale et même l'affinement du discernement sont tels qu'une suggestion qui aurait été admise dans la veille peut-être repoussée dans l'hypnose pour une nuance tout à fait délicate. M. Bramwell ne s'accorde avec M. Bernheim que sur ce point : que la suggestion joue un grand rôle pour provoquer les phénomènes hypnotiques. Quant aux phénomènes de « *rapport* », M. Bernheim en fait la seule différence entre le sommeil normal et le sommeil hypnotique. Liébault, au contraire y voit un point d'analogie. Mesmer ne connaissait pas le *rapport*, M. Bramwel avec Braid et Moll n'admet le rapport que comme fait suggéré. L'opérateur n'est qu'un mécanicien dirigeant les forces du sujet, forces qu'il ne crée ni ne met en jeu (Braid); plusieurs sujets de l'auteur s'hypnotisent eux-mêmes.

Bernheim s'accorde seulement avec Braid sur le point capital du *monoïdéisme* ou concentration exclusive de l'attention sur un point

avec imitation de sa quantité. Beaunis et Gurney rejettent cette théorie au moins pour les effets retardés de la suggestion, et avec eux l'auteur montre que de nombreux phénomènes hypnotiques peuvent être provoqués comme l'ont remarqué eux-mêmes les monoïdéïstes. L hypnotisme serait au contraire *poly-idéiste* et l'état normal monoïdéiste. La théorie de Myers, analogue aux doctrines de James, cherche à expliquer l'hypnotisme par la pluralité des consciences. La conscience *supraliminale*, celle des faits conscients psychiques volontaires, très limitée, supérieure s'est élevée par l'évolution, laissant tomber au dessous d'elle le pouvoir de diriger et contrôler les faits organiques (circulatoires, vasomoteurs, etc.) confiés à la conscience *subliminale*, celle des faits subconscients végétatifs, non contrôlables volontairement; faits sur lesquels la volition peut reprendre son influence dans l'hypnose. La conscience subliminale est celle de l'hypnotisme. Elle est *dissociative* par son pouvoir de séparer, d'isoler une forme de sensibilité (douleur), par exemple, pour la suspendre. Elle est *associative* ou synthétique par son pouvoir de grouper pour les suspendre en bloc des sensations diverses et nombreuses n'ayant en réalité aucun autre bien que celui d'être par exemple désagréables. La volition non anéantie n'a que changé de forme, l'état moral persiste et arrête les suggestions contraires au caractère de la personne soit par simple refus, soit en provoquant une crise, soit en rendant plus profond le degré de léthargie. Myers ne craint pas de remonter jusqu'aux origines ancestrales les plus reculées (ver, crustacé), pour expliquer des phénomènes de conscience régressive et à un atavisme plus ou moins proche pour les faits de double conscience. L'hypnotisme enfin n'est pas un symptôme de l'hystérie, mais celle-ci est une maladie du moi subliminal, un désordre du substratum hypnotique. Braid, prévoyant l'explication des manifestations hypnotiques par la dérivation de ces pouvoirs de quelque type inférieur l'avait combattue par les lois mêmes de l'évolution. La valeur suggestive de la médecine générale exagérée par quelques auteurs (Wilks, Andrew, Hack Tuke), doit être ramenée à ses justes limites et n'être pas confondue avec l'influence purement suggestive de l'homœopathie ou des pèlerinages (Lourdes, etc.). Est-il besoin de relever les critiques mal fondées de Bénédict, qui après avoir discuté des expériences qu'il n'a pas contrôlées, a refusé aux hommes de science l'aptitude pour les investigations hypnotiques, et qui a prétendu que tous les sujets sont des imposteurs? Braid et Forel se sont fait hypnotiser eux-mêmes; Braid, Wingfield, Bramwell, Heidenhain ont endormi leurs amis, des médecins, des savants, leurs élèves, leurs frères. Si la pratique de l'hypnotisme n'est pas inutile, apportant souvent au moins le soulagement, elle n'est pas dangereuse, elle l'est moins en tout cas que les narcotiques et anesthésiques. Il est regrettable que les procédés fallacieux de Mesmer, que

plus tard les présomptions un peu déconcertantes de Luys et surtout que les représentations hypnotiques des théâtres et concerts aient jeté une certaine défaveur sur ces phénomènes. Hart a eu le tort d'associer l'hypnotisme au spiritisme, à l'occultisme, aux mahatmas, etc., et de l'exposer ainsi au discrédit que l'on fait trop facilement tomber sur des savants qui s'appliquent à l'investigation scientifique de faits qui peuvent même leur paraître des impostures qu'ils veulent dévoiler. N'est-ce pas l'investigation de Braid dans le mesmerisme, qu'il regardait comme une fourberie, qui l'a conduit à la découverte de l'origine subjective des phénomènes hypnotiques ?

De ce volumineux mémoire il ressort que Braid et Myers ont beaucoup contribué à donner une idée claire de l'état hypnotique, tout en ajoutant aux difficultés de l'expliquer. La théorie de la conscience subliminale donne au moins une conception nette de l'ensemble du phénomène et de beaucoup de ses parties composantes.

F. Boissier.

LX. L'analgésie du nerf cubital chez les aliénés ; par Arrigo Giannone. (*Riv. di. pat. nerv. et ment.*, fasc. 7. 1896.)

L'analgésie du nerf cubital ne peut être exclue du diagnostic entre la démence paralytique et les autres psychopathies. Considérée en elle-même, elle ne peut ni dans le tabes, ni dans la paralysie générale, avoir une valeur pathognomonique ; toutefois elle peut constituer un signe d'une certaine valeur, lorsqu'il existe en même temps quelqu'un des autres symptômes plus importants de ces affections. La fréquence à peu près la même dans le tabès et la paralysie générale est un nouvel argument en faveur de l'unité de nature de ces deux formes morbides. J. Séglas.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

XXX. Alcoolisme aigu chez un enfant; par Parkes Weber. (*Edimbourg medical Journal*, juin 1897.)

Ce cas, très intéressant en raison des accidents mortels qu'il a présentés, mérite d'être rapporté, car il est rare d'observer chez l'enfant des phénomènes d'alcoolisme aigu aussi intenses et aussi nets.

Il s'agit d'une petite fille de cinq ans, bien portante, n'ayant

jamais eu de convulsions ni d'accidents nerveux, n'ayant pas l'habitude de boire de l'alcool, qui, un matin, à jeun, absorbe une minime quantité de whisky. L'analyse a reconnu que la liqueur n'était pas altérée. — L'enfant présente bientôt un état de dépression nerveuse très marqué, avec tendance au coma et anesthésie. On doit recourir par moments à la respiration artificielle pour la ranimer. Au bout de neuf heures environ, la scène change, et l'enfant présente alors de violentes convulsions tétaniques. Bientôt les convulsions cessent, et on observe alors des troubles circulatoires avec dyspnée, cyanose et élévation de la température. L'enfant meurt dans des conditions analogues aux cas d'état de mal épileptique, trente-six heures après l'absosption du whisky, sans avoir jamais repris connaissance.

L'auteur fait suivre ce cas de quelques considérations intéressantes et cherche à expliquer la pathogénie de ces graves accidents.

On sait que l'absinthe, prise à forte dose, produit parfois chez l'homme des convulsions épileptiformes et, injectée aux animaux, leur donne aussi des convulsions. Mais on n'a pas signalé les propriétés convulsivantes du whisky.

Il est vrai que les enfants sont sujets, beaucoup plus que les adultes, à présenter des convulsions à la moindre cause, et il peut se faire que le whisky absorbé par cette enfant, l'estomac étant à jeun, ait excité la substance grise corticale au point de produire cet état convulsif, qui a amené la mort. Il n'y a donc pas de doute que ces accidents, observés dans des conditions aussi nettes, ne relèvent de l'alcoolisme aigu. Ces accidents rappellent ceux de l'état de mal épileptique. P. Rellay.

Nos lecteurs trouveront de nombreux renseignements sur l'*alcoolisme de l'enfance* dans nos *Comptes rendus annuels de Bicêtre* de 1880 à 1896, et plus particulièrement dans celui de 1896 où se trouve une *statistique relative à l'influence étiologique de l'alcoolisme sur l'idiotie* et plusieurs observations sur l'*alcoolisme infantile* et la *dipsomanie de l'adolescence*. L'eau-de-vie et le vin blanc produisent, chez les enfants, les mêmes accidents que le whisky.

B.

XXXI. Obsession et impulsion pyromaniaques chez une dégénérée hystérique; par le Dr A. Vigouroux.

Bel exemple d'impulsion nettement dégénérative chez une malade hystérique ; depuis deux ans l'idée obsédante de mettre le feu surgissait dans l'esprit de la malade, dans des conditions déterminées, lorsqu'elle était seule.

Cette obsession était accompagnée des phénomènes concomitants

classiques. Pour combattre l'obsession, elle recherchait la compagnie. Mais, trois jours de suite, se trouvant dans les mêmes conditions de solitude, elle obéit à l'impulsion et mit le feu à des bâtiments. On peut, jusqu'à un certain point, reconnaître ce qui appartient à la dégénérescence mentale et ce que peut revendiquer l'hystérie.

En dehors même de l'obsession, qui est manifestement dégénérative, des bizarreries de caractère, une coquetterie excessive, une tendance irrésistible aux mensonges se sont manifestées dès le premier âge, alors que l'hystérie ne paraissait pas devoir être mise en cause, et doivent être rattachées à la dégénérescence héréditaire.

Sur ce terrain est née l'hystérie, caractérisée par ses stigmates classiques et par des crises d'étouffement; cette dernière, par le rétrécissement du champ de la conscience, a provoqué une amnésie qui explique en partie des contradictions multiples de la malade dans ses différents systèmes de défense, puis un amoindrissement de la volonté. une suggestibilité plus grande qui a peut-être permis à l'idée obsédante de se transformer en acte criminel. (*Annales médico-psychologiques*, oct. 97.) E. B.

XXXII. DES VARIÉTÉS CLINIQUES DU DÉLIRE DE PERSÉCUTION; par les Drs TATY et TOY.

D'un long et intéressant mémoire s'appuyant sur près de deux cents observations, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

Le délire des persécutions se présente en clinique avec une évolution presque toujours régulière; dans quelques cas rares, il ne se montre qu'avec un caractère épisodique et, dans des cas plus rares encore, certaines de ses phases sont inverties.

Les modes d'évolution régulière sont au nombre de quatre :

1° Dans 45 p. 100 des cas, le délire comprend une phase de persécution, suivie d'une phase de mégalomanie et se termine par la démence;

2° Dans 23 p. 100 des cas, la démence y fait défaut, mais cette forme n'est le plus souvent autre chose qu'un arrêt de développement de la première;

3° Enfin, dans 32 p. 100 des cas, la phase mégalomaniaque manque et le délire est susceptible de se terminer, et se termine en fait assez souvent, par la démence.

Dans beaucoup de cas on retrouve, jusqu'à la fin, des idées de persécution très nettes, mélangées aux idées mégalomaniaques lorsque celles-ci se sont montrées. Du reste, le délire mégalomaniaque ne paraît pas être de l'essence même du délire de persécution à évolution systématique progressive et n'en constitue pas, en tout cas, une phase obligée. Il n'est que l'indice d'une faiblesse

intellectuelle consécutive, et plus souvent primitive du sujet chez lequel s'est développé un délire de persécution.

4° Le délire de persécution semble parfois borner son évolution à la période d'état, sans présenter ni phase mégalomaniaque ni démence.

A côté des variétés évolutives régulières, on rencontre des formes transitoires ou inverties. Tout d'abord celles qui concernent le délire de persécution des héréditaires; elles éclosent souvent brusquement chez ces malades, comme le font du reste chez eux presque toutes les manifestations vésaniques ; elles n'y ont qu'une valeur épisodique et disparaissent parfois comme ells sont venues. Ces caractères n'ont rien d'absolu, et il ne faudrait pas croire que ces formes soient seules symptomatiques de l'aliénation héréditaire on observe, en effet, parmi les aliénés à antécédents héréditaires avérés, toutes les formes évolutives possibles.

Quant aux formes inverties, dans lesquelles le délire de persécution est consécutif à un délire mégalomaniaque, elles sont rares et ne s'observent guère que chez des faibles d'esprit, mais leur existence paraît hors de doute.

En dehors de ces différences d'évolution, il n'y en a pas d'autres essentielles. Toutes les fois qu'il y a délire de persécution, le tableau clinique reste sensiblement le même et les grands traits caractéristiques et essentiels de la maladie, déterminés par Lassègne se retrouvent dans tous les cas. S'ils manquent, c'est qu'on n'a pas affaire à des délires de persécution, mais bien à ces formes retirées du groupe primitif par M. Falret (persécutés persécuteurs) ou par MM. Ballet et Séglas (persécutés auto-accusateurs), dont les premières doivent être rattachées aux psychoses par malformations cérébrales, et les secondes aux états mélancoliques qu'elles relient par toute une série de degrés au délire de persécution-type. (*Annales médico-psychologiques*, déc. 97.) E. B.

XXXIII. Considérations médico-légales sur les folies éroto-choréiques; par le Dr Hersman.

Une enfant de treize ans, à l'imagination exaltée, choréique, masturbatrice, accuse l'instituteur de son école de l'avoir violée. Elle raconte à quelques-unes de ses amies qu'elle peut bien avoir rêvé tout ce qu'elle dit. De plus, à l'audience, tout en maintenant son accusation, elle dit qu'elle a aussi vu en rêve sa mère avoir des rapports avec ce même instituteur. Malgré les réponses claires et précises de l'instituteur paraissant établir son innocence, le jury rendit un verdict de culpabilité.

Sur-le-champ, l'auteur envoya à de nombreux aliénistes et neurologistes, les questions suivantes : 1° Connaissez-vous des cas de folie choréique ayant donné lieu à des accusations de viol ? 2° Avez-

vous connu des filles atteintes de folie choréique et en même temps masturbatrices et nymphomanes ? 3° Une telle malade peut-elle avoir été si frappée par un rêve voluptueux qu'elle puisse venir en affirmer sous serment la réalité ? 4° Un homme peut-il courir des risques d'être accusé d'actions criminelles lorsqu'il vit dans la société de pareilles enfants?

La plupart des réponses furent négatives sur la première question. Quelques exemples de masturbation et de nymphomanie furent cités, au sujet de la seconde question ; toutes les réponses aux troisième et quatrième questions furent affirmatives. (*The alienist and neurologist*, juillet 1897.) E. B.

XXXIV. Progrès réalisés en neurologie et leur relation avec la psychiatrie; par le Dr Sachs.

Dans une intéressante allocution prononcée devant l'*Association médico-psychologique américaine*, à Baltimore, l'auteur montre d'abord l'union intime existant entre la neurologie et la psychiatrie, union telle que l'étude de la psychiatrie est nécessaire à qui veut approfondir celle de la neurologie. Il passe ensuite en revue les progrès marqués réalisés au cours de ces dernières années dans la connaissance de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux.

La psychiatrie, en dehors de notions plus précises sur les hallucinations et les interprétations délirantes, n'a encore recueilli que peu de fruits de ces découvertes, mais l'avenir est plein d'espérance. Sans méconnaître l'aide qui peut venir pour l'étude de la psychiatrie des laboratoires d'anatomie, de physiologie et de psychologie, il ne faut pas oublier les résultats importants que donne l'observation technique.

Ce qui doit attirer tout particulièrement l'attention de ceux qui s'occupent des maladies mentales, ce sont les relations de la folie avec l'organisme entier, avec les autres maladies du système nerveux aiguës et chroniques, et par-dessus tout l'influence des poisons variés, organiques et inorganiques, sur la structure cérébrale. (*American Journal of insanity,* juillet 1897.) E. B.

XXXV. Notes sur l'aura épileptique avec relation de quelques formes rares; par le Dr Pierce Clark.

L'étude de l'aura épileptique présente de nombreuses difficultés car les phénomènes étant purement subjectifs, le récit du malade doit être examiné attentivement, les divers récits doivent se correspondre exactement, avant d'être considérés comme une signification neurologique.

Après quelques considérations générales sur l'aura épileptique,

l'auteur rapporte douze cas de formes rares. Cas 1 : avant sa crise, le malade prononce à plusieurs reprises la phrase « nicht wiedersehen, » dont il ne connait pas la signification, et chaque fois qu'il la prononce de nouveau, le ton devient plus élevé. Cas 2 : la scène commence par un sentiment indéfinissable de peur, puis le malade tombe dans l'abattement et fond en larmes en poussant parfois de grands cris. Cas 3 : douleur dans l'hypochondre gauche localisée dans les muscles. Cas 4 et 5 : une demi-heure avant chaque attaque, le malade tombe dans un état de rêve qui le rend incapable d'accomplir l'acte le plus simple. Cas 6 : dix à douze heures avant la crise, migraine violente localisée à la tempe gauche. Cas 7 : spasme clonique des masseters. Cas 8 : dans la moitié des cas, la crise est précédée par une sensation d'odeur de fumée de bois. Cas 9 : dix ou douze heures avant l'attaque, le malade perd toute sensibilité de la moitié antérieure de la langue. Cas 10 : douleurs lancinantes à la partie moyenne de la cuisse gauche. Cas 11 : sensation d'engourdissement sur toute la périphérie. Cas 12 : sensation de froid sur la région lombaire. (*American Journal of insanity*, octobre 1897.) E. C.

XXXVI. James Braid chirurgien et hypnologiste ; par Milne Bramwell. (*Brain*, part. LXXIII, 1896.)

L'auteur, qui depuis longtemps s'est attaché à faire connaître toute l'œuvre de Braid, qu'il possède à fond, nous montre celui-ci en 1841 assistant pour la première fois chez Lafontaine à une séance mesmérique, à une époque où cet ordre de phénomènes était regardé par les uns comme dû à l'influence d'un fluide mystérieux, et par d'autres comme l'effet d'une habile supercherie. Braid partageait cette dernière opinion. Mais ayant été frappé de quelques détails, il voulut les reproduire, y réussit, chercha une explication scientifique et prouva la nature subjective de l'*hypnotisme* auquel il donna ce nom. Mais il fallut un labeur progressif, une évolution assez longue pour permettre à Braid de dégager complètement ses théories de quelques causes d'erreur. Accordant d'abord au côté physique des phénomènes une grande part, il en arriva peu à peu à la prépondérance des influences psychiques, renonça définitivement en 1844 aux erreurs de la phrénologie, créa le mot et la doctrine de la « double conscience »; expliqua la prétendue action des passes, aimants, drogues, etc., par la seule suggestion, par des démonstrations rationnellement et rigoureusement scientifiques. On connaît fort mal l'œuvre de Braid et seulement par ses premiers ouvrages encore imparfaits notamment par sa Neurhypnologie; c'est par les derniers qu'il faudrait le juger et par ceux qui sont restés peu répandus. M. Bramwell a retrouvé plus de 40 mémoires différents de Braid dont la plupart rarissimes et

dont plusieurs n'existent plus qu'au British Museum. Une notion meilleure des travaux de ce grand homme eût évité, selon l'auteur, bien des erreurs à l'école de la Salpêtrière et à celle de Nancy.

F. Boissier.

XXXVII. Délire grave; par le Dr Rowley.

Le terme ancien de phrénitis, ceux plus modernes de délire aigu, de manie grave, de typhomanie, de maladie de Bell, de manie délirante aiguë, et de délire grave sont employés pour désigner, d'une façon générale, un même groupe de symptômes. Ce n'est que récemment que l'on a accordé au délire grave une place définie comme entité clinique, dans la classification des maladies mentales.

L'auteur cite une liste de 15 cas de délire grave traités au cours des onze dernières années à l'asile de Michigan et rapporte quelques-unes des observations les plus intéressantes. Dans tous les cas la symptomatologie a été celle de l'excitation.

Au moment du début, aucun des malades n'était dans de bonnes conditions, tant mentales que physiques. Le début, dans tous les cas, a été soudain, avec grande élévation de la température. Dans plusieurs cas, l'examen des urines a montré de l'albumine et un excès de phosphates. Gâtisme dans la majorité des cas. Sur quinze cas il y a eu douze morts, deux guérisons, et un cas terminé par la démence. (*American journal of insanity*, avril 1897).

E. B.

XXXVIII. Cinq cas d'hystérectomie dans la folie; par le Dr Davenport. (*American journal of insanity*, avril 1897.)

Si quelques praticiens exagèrent l'importance des désordres pelviens comme facteurs de la folie et fondent des espérances trop grandes sur le traitement de ces désordres, il n'en est pas moins vrai que l'attention de l'aliéniste doit se porter sur ce côté étiologique. Sur 387 femmes examinées à cet égard à l'asile de l'Illinois, 26 seulement étaient tout à fait indemnes du côté des organes pelviens. Au cours de ces deux dernières années, cinq cas d'ablation de l'utérus et de ses annexes ont été pratiqués dans cet asile : il y eut un cas suivi de mort, un cas suivi de guérison du désordre mental et sur les trois autres malades, l'une, une épileptique, fut un peu améliorée et les deux dernières, améliorées physiquement, restèrent aliénées.

L'auteur estime que les conditions pathologiques des organes pelviens peuvent aggraver la folie, servir de causes occasionnelles, mais ne peuvent la déterminer par elles-mêmes, à moins de prédispositions spéciales.

E. B.

XXXIX. Carcinome du pylore avec mélancolie et délire hypochondriaque; par le Dr Walker.

Contribution à l'étude des rapports de l'aliénation mentale avec les maladies viscérales.

Il s'agit d'un malade admis à l'asile en juin 1890, pour délire mélancolique avec idées hypochondriaques, vomissements, dyspepsie, refus de nourriture.

En présence de la fréquence de ces symptômes dans l'hypochondrie ordinaire, l'existence d'un carcinome du pylore ne put être diagnostiquée que peu de temps avant la mort.

L'existence du carcinome remontant au moins à un an et celle de la mélancolie ne datant que de six mois, il est permis de voir entre les deux affections des rapports de cause à effet. (*American journal of insanity*, avril 1897.) E. B.

XL. Hématome double de l'oreille; par le Dr Carter.

Les hématomes de l'oreille deviennent de moins en moins fréquents à mesure que se généralisent les méthodes plus douces de traitement des aliénés et que les aliénés sont mieux surveillés. Le traumatisme peut, en effet, être considéré comme un des facteurs principaux, bien qu'il ne soit pas toujours prouvé : la dégénérescence des branches de la carotide peut aussi intervenir comme cause prédisposante.

L'auteur rapporte le cas d'un malade atteint de manie chronique et qui entra à l'asile avec un hématome double et volumineux de l'oreille. Les deux tumeurs furent incisées, vidées et l'on fit des irrigations des cavités avec une solution boriquée en même temps qu'une injection avec une émulsion d'airol.

En raison de l'excitation du malade qui arrachait tous ses pansements, on dut lui fabriquer une sorte de casque doublé de coton et étroitement appliqué pour maintenir le pansement. (*American journal of insanity*, avril 1897.) E. B.

LXI. Manie errante (*dédoublement de la conscience d'origine alcoolique*); par le Dr Berkley.

Les conditions mentales connues sous le nom de dédoublement de la conscience sont assez rares et se rencontrent, par ordre de fréquence, dans l'épilepsie, le somnambulisme, les traumatismes céphaliques et les excès alcooliques. La littérature médicale est peu riche en faits se rapportant à ce dernier facteur, puisque l'auteur n'a pu en trouver un seul cas authentique. L'observation présente, des plus complètes autant qu'intéressante, a trait à un homme de vingt-cinq ans qui, jusqu'à l'exposition de Chicago, n'avait jamais

usé de stimulants alcooliques. Là il se livra pendant plusieurs semaines à de nombreux excès alcooliques à la suite desquels son entourage s'aperçut du bouleversement de ses qualités de jugement et de raisonnement en même temps que de la disparition de sa mémoire, mais le malade continua néanmoins la gestion de ses affaires.

Sous l'influence d'idées délirantes de persécutions, avec hallucinations, il commença dès lors une série de pérégrinations, tout en s'occupant toujours de ses affaires. Il continue de plus d'écrire régulièrement à sa mère des lettres dans lesquelles il fait part de son désir de se cacher de créanciers imaginaires : ces lettres, sauf celles qui ont précédé immédiatement l'internement, sont souvent fantaisistes, sans être jamais incohérentes; l'écriture en est grossière, l'orthographe incorrecte et le style général modifié.

Au moment de son internement en octobre 1894, ce malade était atteint de manie aiguë alcoolique. Lorsque les symptômes aigus furent atténués on s'aperçut que depuis le mois de juillet 1894, époque où il avait commencé ces excès alcooliques, le malade ne se rappelait de rien, ni de ce qu'il avait fait, ni des endroits qu'il avait visités, ni des lettres écrites et lorsqu'on mit sous ses yeux les lettres écrites à sa mère, il en critiqua de suite les fautes d'orthographe et de style en s'étonnant d'avoir pu écrire de telles lettres. Et pendant ces quatre mois, ce malade avait erré à travers l'Amérique du Nord, porteur de sommes importantes, ayant écrit des lettres d'affaires, de famille, sans qu'aucune trace en soit restée dans son esprit. Les idées de persécutions avec hallucinations persistèrent jusqu'en janvier 1895, époque où le malade put retourner guéri dans sa famille : le souvenir des quatre mois passés en pérégrinations était toujours nul.

A beaucoup d'égards, ce cas ressemble au somnambulisme ambulatoire. Comment pareille inhibition de la mémoire peut-elle être expliquée? peut-être pourrait-on émettre l'hypothèse que les excitants périphériques ne pénètrent pas à travers les voies ordinaires jusqu'aux centres accoutumés, les voies de transmission de la sensibilité des appareils périphériques aux terminaisons nerveuses rétiniennes et auditives étant affaiblies, émoussées par les toxines contenues dans le sang. (*American journal of insanity*, avril 1897.)

E. Blin.

ASILES D'ALIÉNÉS.

I. L'assistance et le classement des aliénés en Belgique; par le Dr Peeters. (*Bull. de la Soc. de médecine mentale de Belgique,* 1897, n° 86.)

Le Dr Peeters se plaint, dans ce travail, qu'on envoie à la colonie de Gheel, dont il est le médecin-directeur, des malades auxquels ce mode d'assistance ne convient pas. Pour remédier à cet inconvénient il propose d'appeler l'attention des autorités sur la nécessité d'un classement méthodique des malades ; de leur faire connaître brièvement les caractères qui distinguent le patronage familial du régime des asiles fermés et d'indiquer à grands traits quelles sont les catégories de malades qui doivent jouir de préférence de tel ou tel mode d'assistance.

Au 1er janvier 1897 la population de la colonie de Gheel comprenait 1983 malades; sur ce nombre on comptait 716 idiots ou imbéciles, et 373 aliénés atteints de folie systématisée progressive. Viennent ensuite, par ordre décroissant, des déments, des mélancoliques, des maniaques, des paralytiques généraux, etc. On trouvera en outre, dans ce travail, quelques renseignements intéressants sur les conditions dans lesquelles s'exerce le patronage familial en Prusse et en Ecosse. G. D.

II. A propos de la revision de la classification officielle des maladies mentales; par le Dr X. Francotte. (*Bull. de la Soc. de médecine mentale de Belgique*, septembre 1897.)

En qualité de professeur de clinique psychiatrique, M. Francotte propose de grouper les maladies mentales dans l'ordre suivant : 1° les *psychoses affectives* (manie et mélancolie) ; 2° la *folie périodique;* 3° le *délire généralisé*, affection qui correspond jusqu'à un certain point à la *confusion mentale* des Français, à la *verwirtheit* des Allemands, à l'*amentia* de Meynert ; 4° la *paranoïa;* 5° les *démences ;* 6° la *paralysie générale ;* 7° les *folies névrosiques* (folie neurasthénique, hystérique, épileptique, etc.), 8° les *folies toxiques;* 9° la *folie morale;* 10° les *parapsychies* ou *folies dégénératives* (instabilité mentale, phobies, obsessions, etc.) ; 11° les *arrêts de développement* (*crétinisme*, *idiotie*, *imbécillité*, etc.). G. Deny.

III. Les devoirs civiques et les responsabilités des médecins envers l'État; par le Dr John Punton.

Si les sciences médicales ont pris un développement intense au cours de ces dernières années; en revanche, jamais la profession médicale n'a été aussi enviée, aussi jalousée, ne s'est trouvée dans une situation aussi instable. Autrefois respectée, jouissant d'une influence universelle, la profession médicale n'est plus maintenant considérée que comme un commerce, un trafic.

Les temps ne sont plus où le docteur n'était pas seulement le médecin, mais encore un conseiller autorisé et écouté dans les diverses affaires de l'Etat. A l'heure actuelle, les médecins paraissent se désintéresser des affaires publiques. Aussi M. Cleveland, dans un récent discours, regrette-t-il cet état de choses et pense-t-il que les grandes découvertes de la médecine moderne seront chèrement payées, si les médecins, absorbés par les préoccupations scientifiques, se désintéressent de la prospérité publique. Tout citoyen, en général, doit porter intérêt aux affaires de son pays; les médecins ne forment pas exception à cette règle, et cela d'autant mieux que, dans l'administration générale des affaires publiques, l'expérience du médecin devient nécessaire pour la solution de nombreux problèmes sociologiques, par exemple les questions relatives à la folie, à l'éducation des enfants, aux besoins des classes pauvres, aux faibles d'esprit, etc. Aussi les médecins doivent-ils cesser d'ignorer que les affaires de tous sont en même temps leurs affaires propres et doivent les intéresser au même titre que leurs devoirs professionnels. (*The alienist and neurologist*, juillet 1897.) E. Blin.

IV. De l'utilité des notes mensuelles; par le Dr Hospital.

L'article 12 de la loi du 30 juin 1838 dit que « ... le médecin sera tenu de consigner eur ce registre, au moins tous les mois, les changements survenus dans l'état mental de chaque malade... »

L'auteur, dans un article rempli de détails intéressants sur le fonctionnement des asiles et les occupations multiples du médecin-directeur, montre, avec exemples à l'appui, de quelle importance est la tenue régulière de ces notes mensuelles, non seulement en ce qui concerne la connaissance des malades, mais encore au point de vue criminel, au point de vue administratif et au point de vue du code civil. (*Annales médico-psychologiques*, déc. 97.) E. B.

V. Ecoles professionnelles d'infirmiers dans les hôpitaux d'aliénés; par le Dr Wise.

Jusqu'à l'époque actuelle, il n'a pas été offert au personnel

chargé de la surveillance et des soins à donner aux aliénés d'encouragements suffisants pour engager à ces fonctions des personnes susceptibles d'acquérir l'instruction professionnelle nécessaire pour les hôpitaux modernes d'aliénés. Pour engager et retenir les candidats désirables pour ces écoles professionnelles, il est nécessaire de faire une classe à part des élèves de ces écoles professionnelles; sans cette distinction des infirmiers d'avec les autres serviteurs de l'hôpital, les modifications que l'on pourra apporter n'auront qu'un caractère illusoire.

Une des principales causes d'ennui, d'après l'enquête de l'auteur, chez le plus grand nombre d'infirmiers de premier ordre ayant quitté les asiles, consistait dans la vie commune avec des infirmiers ignorants et grossiers : une différence de titre seule exercera une distinction, une séparation suffisante entre les différentes classes de gardiens. C'est ce qui a déjà été expérimenté avec les meilleurs résultats dans l'état de New-York où les directeurs, de concert avec la commission des asiles, ont divisé les gardiens en différentes classes, distinguant des serviteurs ordinaires les élèves des écoles professionnelles : lorsque ces derniers ont obtenu le diplôme, ils sont titularisés infirmiers proprement dits et reçoivent une paye plus élevée. Le résultat de cette distinction a été d'encourager des personnes d'un niveau intellectuel et moral supérieur à entrer dans la carrière.

Chaque fois que cela serait praticable, il serait désirable aussi d'établir une distinction dans les conditions d'existence : les infirmiers devraient avoir un mess à part; les fonctions sociales seraient possibles seulement aux infirmiers proprement dits et aux candidats. Il y aurait, de la sorte, une émulation constante, une marche vers un ordre de choses plus élevé, des plus profitables à la valeur et au travail. Dans les promotions, les infirmiers titulaires et les candidats avancés auraient la priorité, même si la nomination d'un serviteur ordinaire paraissait préférable à un titre quelconque : ce devrait être une règle absolue. Les élèves de l'école professionnelle ne pourraient être susceptibles d'être mis sur une liste de promotion que lorsqu'ils seraient dans la division supérieure de l'école ; ils ne pourraient passer de la première division dans la division supérieure qu'après que leur capacité intellectuelle, physique et morale aurait été mise à l'épreuve. L'incompétence sur l'un de ces points serait un obstacle absolu à l'avancement et ce dernier s'il était accordé, serait ainsi par lui-même une preuve d'aptitude.

Dans beaucoup d'écoles professionnelles, la base de l'enseignement a consisté jusqu'à présent dans des lectures; c'est une erreur. et la lecture ne devrait être qu'un supplément de la classe et de l'instruction clinique. Une innovation heureuse introduite dans certains asiles a été de faire aux simples serviteurs des lectures sur

l'organisation générale de l'asile et les soins à donner aux malades ; mais ces lectures ne constituaient en rien une école professionnelle.

Dans les grands hôpitaux publics pour les aliénés, il existe un assez grand nombre de maladies générales pour en former un service spécial dans lequel tous les élèves de l'école passeraient trois mois, afin d'apprendre aussi bien les soins à donner au corps que ceux à donner aux maladies du cerveau. Le nombre des gardiens devrait être tel que l'on puisse fournir des infirmiers diplômés au dehors, ce qui ne manquerait pas de répandre dans le public l'idée des bienfaits l'hôpital, et établirait la renommée de l'école professionnelle.

Lorsqu'un candidat se présente pour entrer à l'école, il est utile de lui exposer en détail la distinction existant entre un hôpital général et l'hôpital spécial d'aliénés, afin d'éviter toute désillusion. Il faut remarquer que les infirmiers, réellement dévoués à leur service, instruits dans les hôpitaux d'aliénés sont préférables aux infirmiers instruits dans les hôpitaux généraux, même en ce qui concerne les soins à donner au corps, car l'éducation dans les hôpitaux d'aliénés donne des qualités de patience, de tact et d'observation des moindres symptômes nerveux qu'on ne rencontre pas aussi développés dans les services ordinaires.

Dans les efforts enthousiastes d'un début, un défaut peut se présenter, celui de compliquer les études de détails théoriques inutiles ; toute tentative ayant pour but de faire des psychologues en deux ans aurait des résultats déplorables ; il faudra de même établir une ligne bien tranchée entre les soins à donner aux malades et la médecine proprement dite.

Pour réunir les meilleures chances de succès, une école professionnelle devra posséder un programme bien mûri, aux délimitations précises, et préparé à l'avance pour l'ensemble du cours et pour chaque jour en particulier ; le programme devra être le même pour toutes les écoles.

Depuis deux ans les écoles d'infirmiers ont fonctionné dans l'état de New-York, et, après deux années de cours, les candidats qui ont satisfait à l'examen ont reçu, en même temps qu'une paye supplémentaire, le titre d'infirmier, les différenciant des serviteurs ordinaires. (*American Journal of insanity*, oct. 1897.) E. B.

BIBLIOGRAPHIE.

VII. Revue des thèses de Bordeaux (*suite*)[1].

14. *Essai critique sur le réflexe cutané abdominal* (*réflexe de Rosenbach*); par M. E.-P.-X. Mayer.

Le réflexe abdominal existe à peu près constamment chez l'homme sain.

Dans les maladies autres que celles du système nerveux, il n'a pas une bien grande valeur comme symptôme. Dans les hémiplégies organiques, il manque souvent, mais non d'une façon certaine, du côté hémiplégié. Dans la sclérose en plaques, il est ordinairement aboli. Dans les myélites, il a une grande importance pour aider à déterminer le siège et l'étendue de la lésion. Dans le tabes, l'hystérie, sans avoir la valeur que lui accorde Rosenbach, il a cependant une certaine importance au point de vue diagnostique. Dans les autres maladies du système nerveux, paralysie générale, paralysie agitante, etc., les éléments manquent pour motiver un jugement.

15. *Les Idées de Descartes sur la physiologie du système nerveux;* par P.-L. Mul.

16. *Contribution à l'étude des délires oniriques ou de rêve. — Délires infectieux et toxiques;* par A.-G. Pichon.

Intéressant travail consacré au développement de l'opinion soutenue dans ces dernières années par M. Régis, que le délire autotoxique et infectieux, différent des délires vésaniques, appartient à la catégorie des délires *oniriques* ou de *rêve* et que le délire onirique ou de rêve est, d'une façon générale, caractéristique des états d'intoxication, quels qu'ils soient. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

Les symptômes psychiques des délires infectieux et des délires toxiques sont identiques : ils présentent les caractères de l'*état de rêve*.

Le délire est d'abord et surtout nocturne; il se manifeste principalement dans les périodes hypnagogiques et se prolonge dans

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 27, p. 260.

le sommeil ou après le réveil. Il est formé par rappel d'images ou de souvenirs antérieurs. Il y a intervention de la réalité ambiante dans le délire. Il présente des hallucinations surtout visuelles : elles sont généralement terrifiantes ou professionnelles. Il se compose de scènes de rêve, mobiles, variées, mais suivies. Le malade est acteur, il est comme dans un rêve somnambulique. Le délire peut être suspendu par une intervention extérieure. Le malade perd la notion de temps. La guérison est fréquemment suivie d'amnésie, portant sur la totalité ou une partie du délire. Ces délires sont donc des délires *oniriques* ou délires de *rêve*.

L'identité des délires infectieux et des délires toxiques est un argument de plus et un argument puissant en faveur de l'origine toxique du délire infectieux. Il est donc permis de supposer que tous les délires oniriques sont dus à une intoxication.

17. *Le délire prophétique. Etude historique et clinique;* par M. Prouvost.

Le délire prophétique, tel que l'auteur l'a envisagé, est un état de délire hallucinatoire caractérisé par la croyance à une communication avec un être surnaturel et se traduisant plus spécialement par l'annonce d'événements futurs. Le délire prophétique a existé de tout temps ; il existe encore et existera selon toute apparence toujours, autant du moins que durera l'esprit de crédulité, de superstition et de recherche de l'avenir.

A toutes les époques, le délire prophétique a été considéré par la grande masse des peuples comme un phénomène réel d'inspiration surnaturelle. Toutes les religions en ont distingué deux espèces : l'une *divine*, l'autre *démoniaque*.

Envisagé à la lueur de nos connaissances scientifiques actuelles, le délire prophétique nous apparaît non comme une entité morbide. mais comme un syndrome délirant, comprenant deux types distincts : 1° le *délire prophétique vésanique* ou des aliénés, susceptible de se présenter dans la plupart des formes de folie, particulièrement dans la dégénérescence mentale où il revêt les caractères habituels des délires mystiques, avec hallucinations oniriques spéciales ; 2° le *délire prophétique hystérique* ou des névropathes, le plus fréquent comme aussi le plus typique. Ce dernier type de délire peut se manifester soit *épidémiquement* par des caractères parfois aigus, soit *isolément* sous une forme plus ou moins atténuée.

Il faut distinguer les cas où le délire s'accompagne de phénomènes convulsifs et où il représente la phase délirante d'une attaque hystérique, et ceux où il se montre seul, en dehors de tout phénomène de ce genre. Il constitue alors soit une attaque hystérique réduite à sa dernière période, soit, ce qui en est l'équivalent, une attaque de somnambulisme spontané ou provoqué.

Cliniquement, la communication du prophète et de l'être surnaturel s'accomplit sous deux états psychopathologiques différents. Dans l'un, le sujet reste *distant* de son inspirateur. Il le *voit* devant lui (hallucination visuelle contemplative); en tout cas, il l'*entend* sous forme de voix auditive (hallucination psycho-sensorielle) et transmet ensuite ses paroles à la façon d'un interprète. Il n'est alors qu'un agent de transmission entre le consultant et l'oracle, entre l'interrogeant et l'interrogé. Dans l'autre état, le sujet *s'incorpore* à son inspirateur. Il y a prise de possession, incarnation du prophète par l'être surnaturel, qui le pénètre. Ici, le malade ne *voit* pas son Dieu ou son démon, il ne l'*entend* pas non plus, puisqu'il est en lui. Mais il le sent parler par sa bouche (hallucination verbale psycho-motrice) et se substituer à lui. Son moi peut alors se dédoubler entièrement et sa personnalité seconde ou délirante prononcer des paroles, sans que sa personnalité propre en ait conscience.

Le délire prophétique s'aggrave surtout par l'attention dont il est l'objet et le bruit fait autour de lui, en même temps que, de son côté, il agit par contagion sur le public. La première indication thérapeutique, en dehors du traitement habituel des états de ce genre, consiste donc à faire le calme et le silence autour du prophète, de façon à empêcher l'action réciproque du milieu ambiant sur le malade et du malade sur le milieu ambiant.

Et dans le cas où le mal est fait, où l'épidémie est déjà déclarée, il importe d'intervenir au plus tôt, en séparant les uns des autres les co-délirants par des mesures appropriées. Le foyer s'éteint ainsi plus ou moins promptement.

18. *Contribution à l'étude de la paralysie générale aiguë;* par E.-F. Richault.

Ce travail contient simplement quelques observations de paralysie générale à *marche rapide*. Il ne s'occupe pas de la paralysie générale des maladies aiguës.

19. *Contribution à l'étude des rapports de l'hystérie et de la paralysie générale;* par J.-V. Robert.

La question des rapports de l'hystérie et de la paralysie générale comprend deux termes : 1° l'association hystéro-paralytique ; 2° le diagnostic différentiel de la névrose et de la maladie organique.

Dans l'association hystéro-paralytique, l'hystérie peut être préexistante ou consécutive à la méningo-encéphalite. Les cas du premier genre sont très rares. Il est peu fréquent d'observer des antécédents névropathiques très caractérisés chez les paralytiques géné-

raux et lorsque le fait existe, la maladie organique, comme l'avait signalé M. Régis en 1882, a une marche, une durée et des allures particulières, marche rémittente, durée plus longue, délire hystérique venant par bouffées se montrer sur le fond démentiel de la paralysie générale. Par contre, les accidents hystériques sont fréquents, bien qu'il n'en soit guère fait mention dans le cours de la méningo-encéphalite. Se trouve-t-on dans ces cas en présence d'hystérie essentielle ? Non. Il n'y a là que des phénomènes hystériformes qui sont à l'hystérie vraie ce que les attaques épileptiformes sont à l'épilepsie. Enfin, l'hystérie peut emprunter le masque de la paralysie générale, et la démasquer est chose parfois difficile. Les symptômes moteurs peuvent être identiques. C'est surtout d'après les caractères des troubles intellectuels et la marche de la maladie que l'on pourra établir le diagnostic.

20. *De l'Ereuthophobie ou Obsession de la rougeur émotive;* par RÉGNIER.

Ce travail, consacré à l'étude de la très curieuse obsession décrite par MM. Pitres et Régis au congrès de Nancy, développe les idées de ces auteurs et contient un certain nombre d'observations, signalées seulement dans leur mémoire paru dans les *Archives de Neurologie.*

21. *La Sorcellerie (ses rapports avec les sciences biologiques)*; par J.-E.-J REGNAULT.

Ceci n'est plus une simple thèse. C'est un volume de 352 pages, très remarquable et des plus documentés, sur la sorcellerie, par un jeune travailleur, adonné depuis plusieurs années à l'étude et à l'observation de l'occultisme et de ses pratiques. Nous nous bornons, pour donner une idée de son importance et de son intérêt, à indiquer la matière de ses principaux chapitres.

CHAPITRE Ier. — *La sorcellerie dans les différentes races humaines.* (Les amulettes chez l'homme fossile. La sorcellerie dans la race noire. La sorcellerie dans la race brune. La sorcellerie dans la race rouge. La sorcellerie dans la race jaune. La sorcellerie dans la race blanche.)

CHAPITRE II. — *Rapports de la sorcellerie avec les principales religions* : (1° avec le brahmanisme ; 2° avec le boudhisme; 3° avec l'islamisme; 4° avec le christianisme.)

CHAPITRE III. — *Conséquences de la croyance aux sortilèges.* (Chez les peuples sauvages : guerres, sacrifices humains. Chez les peuples dits civilisés : autrefois, procès iniques, tortures; aujourd'hui, folies, haines, crimes. Affaire du Moulin-Grand. Affaire Jean Fort.)

Chapitre iv. — *Pratiques des sorciers.* (1° Comment on devient sorcier : hérédité, initiation, épreuves, étude des grimoires; le pacte; développement du prestige du sorcier, succès thérapeutiques; 2° la fascination; 3° les *ligatures : chevillement, embarrure, ligature de l'aiguillette ;* pratiques usitées pour combattre ces maléfices; 4° incubat et succubat : généralités; possession involontaire; possession des sorciers ou coït avec Satan ; possession des spirites ou coït avec un esprit matérialisé; possession des magiciens ou « coït astral »; 5° lycanthropie et autres métamorphoses : loups garous; métamorphose active ; métamorphose passive; 6° envoûtement : *A*. Envoûtements d'amour : secrets de se faire aimer, recettes diverses, philtres. — *B*. Envoûtements de haine : *a*) par la figurine de cire; *b*) par la photographie; *c*) par le crapaud ; *d*) par le cœur percé ; *e*) par le mauvais œil ; *f*) à l'esprit volant; *g*) par la messe; *h*) par le cierge bénit. Cartel d'envoûtement; contre-envoûtements, désenvoûtements : substitution, procédé du choc en retour, zoothérapie ; envoûtement triangulaire; 7° sortilèges divers.)

Chapitre v. — *Les sorciers* (1° vrais sorciers; 2° pseudo-sorciers : *A*. Malades atteints d'aliénation mentale. *B*. Charlatans et escrocs : *a*) dans les villages; *b*) dans les grandes bourgades; *c*) dans les villes.)

Chapitre vi. — *Les Maléficiés.* (Des maléficiés en général. Le maléficié est-il possédé par un être surnaturel ? *A*) Maléficiés n'ayant subi l'action d'aucun sorcier : 1° malades dont la nature des lésions a été méconnue; 2° aliénés ; 3° auto-suggestionnés. *B*) Malades ayant subi une certaine influence de la part d'un sorcier par : 1° intoxication; 2° suggestion à l'état de veille; 3° suggestion hypnotique; 4° action à distance : *a*) action des médicaments à distance ; *b*) suggestion mentale à distance ; *c*) force neurique rayonnante (champ magnétique humain; extériorisation de la sensibilité ; extériorisation de la motricité). *C*. Responsabilité des maléficiés.)

Chapitre vii. — *Comment combattre la sorcellerie ?* (Résultats défectueux des poursuites directes exercées contre les sorciers par les représentants des principaux cultes et par les autorités civiles. Nécessité de poursuivre les sorciers non pas en tant que sorciers, mais pour escroquerie (Art. 405, C. P.); pour exercice illégal de la médecine (Loi de 1892); pour pratiques de divination (Art. 479-480). Modifications à apporter à la loi de 1892. Projet de loi contre l'abus de l'hypnotisme et de la suggestion. Etudier les faits douteux sur lesquels repose la croyance au merveilleux.)

Chapitre viii.— *Thérapeutique des maléficiés :* 1° chez les sorciers; 2° chez les prêtres : rituel de l'exorcisme; prêtres occultistes; 3° chez les spirites : traitement des possédés et des obsédés ; 4° chez les mages : aperçu des théories occultes; consultation d'un mage; pointes, correspondances astrales, rôle du sang dans les cérémonies magiques; rituel de Ch. Barlet pour le traitement des obsédés;

5° chez les médecins : traitement méthodique du malade ; importance d'un traitement moral, psychique, approprié à chaque cas emploi de la suggestion sous toutes ses formes.

22. *Des anesthésies consécutives aux lésions de la zone motrice corticale ;* par Henri Verger

L'auteur commence par définir le terme « sensibilité » et montre que sous ce mot, à signification très large, se cachent des éléments divers : sensations simples, telles la sensation tactile, la sensation thermique, la sensation douloureuse ; notions plus complexes, telles la sensation du toucher actif, les sensations kinesthésiques, se dédoublant à leur tour en d'autres notions. C'est de chacune de ces sensations particulières qu'englobe le nom vague de sensibilité, que l'auteur va chercher les modifications dans les lésions de la zone corticale motrice. De ses expériences, faites sur des chiens, il résulte que dans tous les cas il a constaté, dans les membres du côté opposé à la lésion corticale, lésion portant sur la région motrice, un défaut d'incitation motrice volontaire et des symptômes concomitants d'anesthésie ou mieux d'hypoesthésie portant sur les sensations tactiles proprement dites et sur l'ensemble des sensations kinesthésiques. Les recherches cliniques, portant sur des lésions chirurgicales faites pour la cure de l'épilepsie jacksonnienne, en tout comparables aux lésions expérimentales et passées au crible de la méthode anatomo-clinique, viennent corroborer ces résultats. Chez l'homme, comme chez le chien, dans les lésions de la zone dite motrice du cerveau, la sensibilité tactile et la sensibilité kinesthésique sont altérées d'une façon constante dans les membres du côté opposé à la lésion ; la sensibilité douloureuse, au contraire, reste intacte dans la plupart des cas. De tous ces faits, il résulte que la perception de la sensation brute, au lieu d'être une, se fait en plusieurs temps, puisque certains éléments peuvent être abolis, les autres restant intacts ; qu'il y a plusieurs centres de perception des sensations et qu'on ne peut placer dans la zone rolandique que les seuls centres d'association et peut-être de mémoire musculo-tactile. Et encore l'auteur s'abstient-il de discuter la question de savoir si les troubles sensitifs sont un effet direct de la lésion elle-même ou d'une répercussion lointaine du traumatisme sur des centres situés autre part, par voie inhibitrice ou par l'intermédiaire de troubles circulatoires. Régis et V. Robert.

VIII. *Essais de neurologie clinique ; neurasthénie de Beard et états neurasthéniformes* ; par le Dr F. Levillain. In-8°, Paris, 1896. A. Maloine, éditeur.

Sous ce titre, l'auteur a réuni un ensemble de documents intéressant le traitement des maladies nerveuses et en particulier la plu-

part des observations qu'il a recueillies à Nice, durant ces deux premières années d'exercice de l'établissement qu'il dirige dans cette ville.

L'ouvrage est divisé en deux parties. La première est consacrée aux deux grands groupes de la neuropathologie : les névroses et les maladies organiques. Dans les quatre premiers chapitres sont étudiés, avec les différentes formes que revêtent leurs manifestations symptomatiques : 1° la neurasthésie vraie, simple ou essentielle ; 2° la neurasthénie de prédominance psychopathique ; 3° la pseudo-neurasthénie ou états neurasthéniques secondaires ; 4° enfin, les troubles psychopathiques divers, classés à tort dans la neurasthénie. Deux autres chapitres terminent cette première partie. Dans l'un se trouvent réunies un certain nombre d'observations d'hystérie, de formes et de degrés variables, depuis la petite hystérie, connue autrefois sous le nom de spasmes, vapeurs, pâmoisons, etc., jusqu'à la grande attaque classique, avec arc de cercle, hallucinations. Dans le dernier, l'auteur relate différents cas de névroses ou de maladies organiques diverses, qu'il lui a été donné d'observer et pour la plupart de traiter. Ces cas pour les névroses se rapportent à l'épilepsie, la morphinomanie, la migraine, la crampe des écrivains — et, pour les maladies organiques, à la sclérose en plaque, au tabès, à diverses formes de paraplégie, d'hémiplégie et de myopathie. — Basée sur l'analyse minutieuse d'un très grand nombre de faits, consciencieusement observés et relatés avec tous les détails qu'ils comportent, la première partie de ce travail constitue une étude clinique sérieuse, qui ne peut être consultée qu'avec fruit.

La seconde partie du livre n'est pas moins intéressante : elle est relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements hydrothérapiques existant en France et à l'étranger, et aux procédés neurothérapiques utilisés dans ces établissements. Après avoir indiqué rapidement les règles qui doivent diriger l'installation des établissements de cette nature, l'auteur fait voyager le lecteur successivement en Autriche, en Allemagne, en Suisse, en France, et lui fait visiter avec lui ceux de ces établissements, qui sont consacrés dans ces différents pays aux cures hydrothérapiques. Un chapitre curieux à lire est celui où est relatée l'histoire de la méthode du fameux curé Kneipp, le « Priessnitz des temps modernes », comme on l'a appelé, méthode qui repose sur un principe ainsi formulé : « La maladie est la saleté du corps et l'eau est ce qui nettoie le mieux. » Cet aphorisme semble résumer toute la science médicale et hydrothérapique du patriarche de Wœrishofen, dont la réputation n'est dépassée que par la naïve crédulité de ses clients.

L'ouvrage se termine par un exposé clair et méthodique des principales indications des divers procédés hydrothérapiques dans

le traitement des maladies nerveuses et des moyens qui en sont les auxiliaires. Parmi ces moyens, outre l'électrothérapie et le massage, figurent la kinésithérapie, ou gymnastique thérapeutique et la psychothérapie, que l'auteur considère comme le substratum thérapique de la neurothérapie. Dr F. VILLARD.

IX. *Les tumeurs cérébrales ;* par le Dr Maurice AUVRAY. In-8°. Paris, 1896, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Le traitement des tumeurs cérébrales qui, avant ces dix dernières années, avait presque exclusivement relevé de la médecine. est depuis cette époque en voie de se transformer et de passer dans le domaine de la chirurgie. C'est la démonstration de cette assertion qui se dégage de l'intéressant ouvrage du Dr Auvray. — Cette transformation est due à deux facteurs principaux, d'une part à la précision chaque jour plus grande apportée par les études physiologiques à la connaissance des localisations cérébrales — et, d'autre part, aux procédés antiseptiques utilisés au point de vue opératoire. Ce sont ces deux facteurs réunis qui ont fait entrer le traitement de ces tumeurs dans une voie nouvelle, appelée à devenir de plus en plus féconde en résultats pratiques, à mesure que le diagnostic se précisera davantage et que les opérations seront de mieux en mieux réglées. Il suffit de reproduire les conclusions de l'auteur pour indiquer, mieux que ne pourrait le faire une telle analyse, le but et la portée de son livre :

1° Le diagnostic de localisation joue un rôle capital dans la chirurgie des tumeurs cérébrales. Il y a dans cette voie de nombreux progrès à accomplir ; — 2° le chirurgien a non seulement le droit, mais le devoir d'intervenir ; — 3° il peut intervenir palliativement et remédier dans certains cas d'une façon remarquable aux symptômes généraux de compression si redoutables pour les malades ; — 4° il peut intervenir d'une façon curative ; et les statistiques prouvent qu'il peut obtenir de très beaux résultats ; — 5° dans tous les cas, il interviendra le plus tôt possible et suivra la méthode des opérations en deux temps.

Ces conclusions sont appuyées sur un très grand nombre d'observations, et de nombreuses planches intercalées dans le texte en facilitent l'intelligence. Dr F. VILLARD.

X. *Dyspepsies nerveuses et neurasthénie ;* par PAUL GLATZ. Genève et Lyon, Georg et Cᵒ, 1 vol. in-12.

Analyse clinique extrêmement fine et précise, établissant rigoureusement le diagnostic entre l'atonie simple et la dilatation, l'atonie et la névrose, et fixant enfin la diagnose de la dyspepsie nerveuse et neurasthénique. Sur cette base l'auteur, après une discussion

richement documentée, établit le traitement rationnel de ces affections. Son travail est un livre d'expérience émanant d'une connaissance profonde des névropathes; il sera d'une utilité incontestable aux médecins qui y trouveront une foule de détails pratiques originaux sur l'emploi judicieux des moyens physiques et de la psychothérapie. Enfin les quelques aperçus de saine philosophie auxquels M. Glatz se laisse quelquefois aller ajoutent encore un attrait tout spécial à son ouvrage. F. B.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Promotions et nominations :* M. le Dr Lalanne est nommé médecin adjoint à l'asile de Maréville; M. le Dr Deswarte est nommé médecin adjoint à l'asile de Bassens (24 février).

Asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère). — Une place d'interne est vacante dans cet asile. Les conditions sont les suivantes : 1° justifier de l'emploi de son temps depuis la première inscription; en posséder 12; 2° être âgé de moins de trente ans; 3° justifier de l'accomplissement de ses obligations militaires; 4° casier judiciaire négatif. Le traitement, au début, est de 700 fr., il est porté ensuite à 800. En plus, les avantages habituels en nature.

Épilepsie et mariage. — La Chambre du Connecticut a voté une loi prohibant le mariage des épileptiques quand la femme a moins de quarante-cinq ans. La pénalité est au minimum de trois ans de prison. Les personnes qui auront facilité des unions de ce genre seront passibles d'une amende de 1.000 dollars ou d'un an de prison. (*Marseille médical*, 15 février 1898.)

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers d'académie, MM. les Drs Antheaume et Dagonet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Brunet (L.). — *On Cyclone neuroses and psychoses.* — Brochure in-8° de 14 pages. — Saint-Louis (Mo.), 1897. — Chez l'auteur.

Delmas (P.). — *Aérothérapie et Bains d'air comprimé.* — Brochure in-8° de 21 pages. — Paris, 1897. — Librairie O. Doin.

Les procès célèbres. — *Revue mensuelle illustrée* des procès célèbres de l'année, avec les plaidoiries in-extenso. Rédacteur en chef : Me B. Monteux. Cette revue paraît du 15 au 20 de chaque mois ; chaque livraison contient 48 pages de texte. — Prix de l'abonnement : France, 15 fr. ; — Etranger, 20 fr. — Paris, Librairie Pedone, 13, rue Soufflot.

Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière, publié par le Dr Bourneville avec la collaboration de MM. Ed. Brissaud, Budin. P. Cornet, H. Duret, P. Keraval, G. Maunoury, Monod, J. Noir, Poirier Ch.-H. Petit-Vendol, Pinon, P. Regnard, Sevestre, Sollier, Viron, P. Yvon, Mme Pilliet-Edwards. La sixième édition de ce Manuel, revue et augmentée, se compose de cinq volumes illustrés de nombreuses figures : T. I. *Anatomie et physiologie ;* — T. II. *Administration et comptabilité hospitalières ;* — T. III. *Pansements* (En outre des chapitres du tome IV consacrés spécialement aux soins à donner aux aliénés, le tome III renferme des articles également utiles aux infirmiers des asiles : *Eschares, accès convulsifs,* alimentation artificielle, etc., etc.) ; — T. IV. *Soins à donner aux femmes en couches. Soins à donner aux aliénés. Petite pharmacie. Petit dictionnaire des termes médicaux ;* — T. V. *Hygiène.* — Prix des cinq volumes in-18 : 7 fr. 50. — Aux bureaux du *Progrès médical,* 14, rue des Carmes. — Pour nos abonnés : 6 francs (franco).

Peixoto (A.). — *Epilepsia e Crime.* — Volume in-8° de 198 pages. — Bahia, 1897. — Chez l'auteur.

Sano (G.). — *Les localisations des fonctions motrices de la moelle épinière.* — Volume in-8° de 40 pages, avec figures. — Bruxelles, 1898. — Librairie Lamertin.

Stedman (H.-R.). — *The Prognosis and Duration of Attacks of Mental Disease.* — Brochure in-8° de 12 pages. — Boston, 1897. — Damrell and Upham.

Stiatti (C.). — *Un caso di follia precoce* (*Nota clinica*). — Brochure in-4° de 10 pages. — Siena, 1897. — Tipografia Nava all' Insegna dell' Ancora.

Transactions of the ophthalmological Society of the United Kingdom. — Vol. XVII, session 1896-1897, with list of officers, members, etc. — Volume in-8° cartonné de xlvii-349 pages. — London, 1897. — J. et A. Churchill.

Wreschner (A). — *Methodologische Bietræge zu psychophysischen Messungen* (*Auf experimenteller Grundlage*). — Volume in-8° de vi-238 pages, avec nombreux tableaux et tracés. — Leipzig, 1898. — Verlag von J.-A. Barth.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 498.

Vol. V. Mai 1898. N° 29

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE MENTALE.

LE DÉLIRE MÉLANCOLIQUE ;

PAR

CH. VALLON, ET A. MARIE,
Médecin en chef à l'Asile de Villejuif. Médecin en chef à la Colonie de Dun.

Dans les formes de mélancolie simples, curables, qu'on pourrait appeler aiguës par opposition aux formes chroniques et plus ou moins systématisées, on peut distinguer différents degrés constituant autant de variétés cliniques, mais pouvant aussi se montrer successivement chez le même sujet. On peut considérer comme le plus simple de ces états mélancoliques celui où il y a persistance de la conscience à un degré plus ou moins prononcé.

M. J. Falret a souvent insisté sur ce fait, à savoir que dans la période mélancolique initiale un assez grand nombre de malades ont conscience de l'invasion du trouble mental. « On peut admettre comme règle générale, dit aussi Cotard [1], que la conscience du caractère maladif du trouble mental appartient surtout aux aliénés atteints de mélancolie, chez lesquels la maladie se manifeste par des sensations incommodes, pénibles ou douloureuses. Ce sont eux qui, ayant conscience de leur état, se plaignent que leur sensibilité est émoussée, déclarent que leurs divers sens ne perçoivent plus le monde extérieur que comme à travers un voile... quelques-uns même se plaignent de ne plus souffrir [2]. »

[1] Cotard. — *Œuvres complètes*, p. 205.

[2] *Ibid.*, p. 265.

Si on analyse le mécanisme de ces conceptions morbides, simples perversions du sensorium sans délire caractérisé, on voit qu'elles peuvent se ramener à une perturbation du fond émotionnel et à une modification profonde de la sphère affective. La constitution de la personnalité n'est qu'un composé d'éléments divers dont la base fondamentale est une base organique, le sens du corps. Toutes les sensations répondant à un organe (respiration du sens musculaire, etc.) forment cette base organique fondamentale.

De cette base dépendent les conditions affectives de notre personnalité ; tous nos sentiments reposent sur cette constitution organique. Cet état affectif et émotionnel détermine chez nous des réactions spéciales en rapport avec le côté moteur, des réactions d'ordre psychomoteur qui, à leur tour, réagissent sur les phénomènes affectifs. De l'enchainement de ces trois facteurs résulte l'idée de la personnalité. Dans la mélancolie, on peut suivre ainsi la manière dont elle se dissocie.

Le mélancolique, au début, voit s'altérer sa constitution physique ; il est soumis à des causes déprimantes de toute espèce, il ressent des phénomènes pénibles dans tout son individu ; il éprouve des troubles du sens musculaire, des spasmes viscéraux, etc. C'est là une première atteinte à sa personnalité. Les troubles émotionnels très intenses qui en résultent constituent une deuxième atteinte.

Par le côté affectif et émotionnel, les objets extérieurs ne paraissent plus les mêmes qu'autrefois, les impressions sont changées quant à la réaction provoquée. « Elles se sont faites contraires, » comme le disent certains malades. Un sujet gai éveille un sentiment pénible ; de là des modifications dans la manière de réagir de l'individu qui devient inerte, cesse d'être attiré par ce qui l'intéressait auparavant le plus, ou au contraire se trouve poussé à des actes violents intempestifs.

Au début, le malade a conscience de cet état, il ne se sent plus le même qu'autrefois, il a en lui comme un esprit de contradiction ; à côté du moi ancien se forme un moi nouveau. Plus tard, le malade est dominé par cette personnalité nouvelle, il ne peut plus réagir, il est possédé, il est sous la domination d'une puissance supérieure qui opprime ce qui reste de sa personnalité primitive, il ne peut plus pen-

ser ou agir comme il le voudrait. Mais il y a lieu de reprendre une à une chacune de ces diverses perturbations initiales pour les analyser.

La psychologie physiologique montre que le sentiment de la personnalité repose sur une base organique, qui est la cenesthèse ou conscience organique de l'ensemble de tous nos mouvements vitaux. Notre individualité n'est, en effet, qu'un complexus dont les éléments premiers doivent être cherchés dans les phénomènes les plus élémentaires de la vie.

Si les sens externes sont l'origine de la connaissance, c'est le sens organique du corps, quelque vague qu'il soit d'ordinaire, qui est la base de l'individualité psychique. Sensations organiques liées à la respiration, à la circulation générale ou locale, ou venant du canal alimentaire, de l'appareil génital, de l'état des muscles, sensibilité musculaire, sensation générale de nutrition, etc., telles sont les conditions physiques de la personnalité. C'est ainsi que l'on a pu dire que les éléments essentiels de la personnalité étaient la passion et la volition. Ecoutons sur ce point M. Janet[1] :

« L'état vital de l'organisme s'exprime dans la conscience par une sensation, ou plutôt par une affection permanente vaguement localisée dans tous les points à la fois de la masse vivante et animée. C'est ce retentissement, ce murmure perpétuel du travail vital universel qui, arrivant de tous les points du réseau nerveux à leur centre anatomique et, par celui-ci, au seul centre véritable, le centre psychique, le moi, apparaît à ce moi comme mode fondamental de son existence. C'est ce sentiment qui nous avertit, sans discontinuité ni rémission, de l'existence et la présence actuelle de notre corps ; c'est par lui que le corps apparaît sans cesse au moi commme *sien*, et que le sujet spirituel se sent et s'aperçoit exister en quelque sorte localement dans l'étendue limitée de l'organisme. Moniteur perpétuel et indéfectible, il rend l'état du corps incessamment présent à la conscience et manifeste ainsi de la manière la plus intense l'indissoluble lien de la vie psychique et de la vie physiologique. »

« Chaque organe intérieur, dit aussi Maudsley[2], a une

[1] Janet. — *Annales médico-psychologiques*, 5e série, t. XX, septembre 1878.

[2] *Pathologie de l'esprit*. — Traduction Doumic, 1883.

action spécifique sur le cerveau, action dont le résultat conscient est une certaine modification du mode ou du ton de l'esprit. Nous ne sommes point directement conscients de cette action physiologique en tant que sensation définie, mais ses effets n'en sont pas moins attestés par certains états dont nous pouvons nous rendre aisément compte.

« En réalité, ces effets organiques du consensus physiologique des organes déterminent notre nature affective ; elle est le produit harmonique ou discordant de leurs rapports complexes, et la quantité de force que nous développons, de même que les couleurs sous lesquelles nous voyons la vie, ont en eux leur fondement... »

Déjà Henle [1] définissait la personnalité : le tonus de notre système nerveux et la perception par l'organisme de sa propre activité, en dehors de toute expression extérieure. Pour Cabanis [2], ce n'est qu'une résultante *in confuso* des impressions produites sur tous les points vivants par le mouvement incessant des fonctions, apportée au cerveau par les nerfs cérébro-spinaux et du système ganglionnaire.

Parmi les preuves à l'appui de cette manière de voir, nous rappelons celle que Cabanis tire de la comparaison du sentiment général de notre individualité avec la perception des bruits continus et monotones. Ces derniers peuvent arriver à n'être pas perçus consciemment, quoique certainement entendus. La preuve en est que, lorsqu'ils cessent de se produire, cette cessation est à l'instant remarquée.

Pour reprendre cette idée, on peut comparer l'organisme à un atelier bruyant, mais aux bruits duquel nous sommes accoutumés ; aussi n'y faisons-nous jamais tant attention que lorsqu'ils cessent, ce qui est le cas dans les affections mentales qui nous occupent. La communication y semble interrompue ou pervertie entre le cerveau et le reste de l'organisme ; aussi ce dernier paraît-il changé ou absent et tout ou en partie. L'altération de la personnalité, ses dissociations ou sa négation doivent fatalement en résulter. C'est, en effet, ce qu'on observe lorsque la persistance de ces troubles primitifs conduit les malades à la chronicité.

La psychologie morbide, qui nous montre en dernière ana-

[1] *Allgem. anat.*, p. 714 et 738, 1841.

[2] *Rapports du physique et du moral*, p. 108.

lyse des altérations si nettes de la personnalité chez nos mélancoliques, se ramène donc ici à l'étude des perversions du sens intime, de ce toucher intérieur qui rend compte au sensorium de l'état mécanique des organes (viscères, muqueuses, articulations, muscles, etc., E. Weber).

Objectivement, les troubles somatiques réels sont constants ; il n'est certainemdnt pas de vésanie où les signes physiques soient aussi accentués que dans la mélancolie aiguë au début. La respiration est généralement diminuée de fréquence en même temps que d'intensité, On a graphiquement montré que ces malades n'ont que la respiration costale supérieure[1]. Ce symptôme, avec la dénutrition générale, constitue même ce qu'on a pu appeler la fausse tuberculose des mélancoliques.

La température se trouve par suite abaissée d'autant plus que la circulation est en même temps ralentie ; le pouls diminue de force et de fréquence, et ne concorde plus avec les mouvements respiratoires (Marcé). Sans insister sur les troubles vaso-moteurs (augmentation de la résistance électrique), les cyanoses, la main mélancolique (Ball), nous rappellerons la possibilité de troubles trophiques graves. On a décrit, en effet, des gangrènes, des éruptions, du pemphigus, etc... Du côté des fonctions digestives, nous rappellerons aussi les troubles profonds qui se traduisent par la répulsion pour toute alimentation, les flux intestinaux, la diarrhée rebelle ou, au contraire, les constipations opiniâtres. Tous les auteurs insistent sur les troubles sécrétoires non moins caractéristiques.

Les spasmes des muscles viscéraux s'accompagnent de troubles analogues du côté des muscles de la vie de relations, depuis les contractures cataleptoïdes de la stupeur catatonique jusqu'au tremblement ordinaire des anxieux.

Ces troubles organiques multiples se traduisent par des troubles subjectifs douloureux, sensations pénibles de fourmillements, de picotements, de courbatures, lassitude générale ; les membres semblent engourdis et endoloris ; les viscères paraissent plus pesants ou, au contraire, rétractés et diminués, comme contracturés eux aussi.

[1] Toulouse et Roubinovitch. — *De la mélancolie*, mémoire à l'Académie, 1896.

C'est là l'origine de mainte préoccupation hypocondriaque : mais que l'on ne s'y trompe pas : derrière cette hyperesthésie apparente il y a déjà en réalité atténuation des divers ordres de sensibilité ; le mélancolique est déjà un faible excitable... D'ailleurs, viscérale et tégumentaire, l'anesthésie va se dessiner, et dès le début on peut observer l'analgésie cutanée complète.

« Les idées hypocondriaques semblent n'être qu'une interprétation délirante des sensations maladives qu'éprouvent les malades atteints de mélancolie anxieuse commune[1]. » Comme dit H. Schule, « la sensibilité générale est le résultat de la solidarité d'action des nerfs sensibles et, par suite, chaque nerf peut être considéré comme possédant une certaine fonction psychique. Le malade interprète d'une manière délirante des sensations anormales qu'il ressent, et ce sont ici les sensations qui le renseignaient sur la forme de son corps qui sont modifiées ou qui ont disparu. S'il se plaint de ne plus avoir de cerveau, de cœur, c'est que les sensations internes correspondant à ces viscères sont supprimées [2]. »

Dans la mélancolie, les perceptions cénesthétiques sont donc essentiellement et primitivement perverties ou abolies ; dans ce dernier cas, les innombrables perceptions organiques inconscientes n'arrivent plus ou arrivent mal au sensorium, la synthèse mentale habituelle est détruite ; il en résulte une impuissance de penser et de vouloir, une angoisse inexprimable que les malades traduisent par des plaintes significatives (ils sont damnés, ils ne peuvent plus vivre, on leur a pris leur cerveau, ils n'ont plus de corps) ; il semblerait que, devenus réfractaires aux excitations sensorielles, ils ne puissent les transformer en actes de volitions [3].

« Ces malades, dit M. J. Falret, présentant le fond commun de la mélancolie, ont une anxiété vague et indéterminée, une grande prostration des forces physiques et intellectuelles. Ils sentent que tout est changé en eux et au dehors et se désolent de ne plus apercevoir les choses à travers le même prisme qu'autrefois.

« Ils ont honte, ou même horreur, de leur propre per-

[1] Schule. — Traduction Dagonet et Duhamel.

[2] Cotard, p. 312.

[3] Binet et Féré. — *Sensation et mouvement*, ch. XV.

sonne et se désespèrent en songeant qu'ils ne pourront jamais retrouver leurs facultés perdues. Se croyant atteints d'une maladie incurable, contre laquelle on ne peut rien, ils regrettent leur intelligence évanouie, leurs sentiments éteints, leur énergie disparue... ; ils ont peur de devenir complètement aliénés et de tomber dans la démence et l'idiotisme. Devenus insensibles et indifférents à tout, ils prétendent qu'ils n'ont plus de cœur, plus d'affection pour leurs parents et amis, ni même pour leurs enfants[1]. »

Dépossédés de leur organisme par la maladie, ils ne peuvent plus percevoir comme avant ; les impressions qu'apportent les sens ne parviennent pas à éveiller des réactions motrices conscientes. C'est qu'une étroite relation existe entre l'inhibition motrice et l'obnubilation sensorielle ; tout obstacle au fonctionnement de l'une de ces sphères retentit proportionnellement et fatalement sur l'autre. Aussi, ces malades, privés de leur sensibibilité viscérale et musculaire, se disent-ils en même temps entourés d'un voile, d'un nuage, qui les retranche du monde extérieur et les rend insensibles.

« Je souffre constamment, mon existence est incomplète, dit une malade d'Equirol[2] ; je n'ai aucune sensation humaine..., il me manque la faculté de jouir des choses et de les ressentir... ; quelque chose d'affreux est certainement entre moi et les jouissances de la vie... ; chacun de mes sens, chaque partie de moi-même est pour ainsi dire séparée de moi et ne peut plus me procurer aucune sensation ; il me semble que je n'arrive jamais jusqu'aux objets que je touche. » — « J'entends, je vois, dit une autre, je touche, mais je ne suis pas comme autrefois ; les objets ne viennent pas à moi, ils ne s'identifient pas avec mon être ; un nuage épais, un voile change la teinte et l'aspect des corps..., les corps les mieux polis me paraissent hérissés d'aspérités. »

« Ces malades, ajoute Esquirol, perçoivent mal les impressions ; un abîme les sépare, pour ainsi dire, du monde extérieur. »

« On m'a pris mon intelligence et ma sensibilité, dit encore une malade de Louyer-Villermay[3]. Je ne sens rien, ne vois

[1] Communication à la Société médico-psychologique, 1866.

[2] Esquirol, Œuvres complètes, p. 414.

[3] *Traité des maladies nerveuses*, Paris, 1816.

rien, n'entends rien ; toute action, toute sensation m'est étrangère..., je suis une machine, un automate incapable de souvenir, de sentiment, de volonté et de mouvement par moi-même[1]. »

Il se fait comme une atmosphère obscure autour de l'individu. « Le mot *obscur* ne rend pas exactement ma pensée, écrit un malade de Krishaber[2] ; il faudrait dire *dumpf* en allemand, qui signifie aussi bien lourd, épais, terne, éteint. » Cette sensation est non seulement visuelle, mais cutanée. « L'atmosphère *dumpf* m'enveloppait, je la voyais, je la sentais ; c'était comme une couche de quelque chose de mauvais conducteur qui m'isolait du monde extérieur... Je ne saurais dire combien cette sensation était profonde ; il me semblait être transporté extrêmement loin de ce monde, et *machinalement*, je prononçai à haute voix ces paroles : « Je suis bien « loin, bien loin. » Je savais très bien cependant que je n'étais pas éloigné... »

Un malade cité par Ribot[3], et qui se croit mort depuis deux ans, s'exprime ainsi : « J'existe, mais en dehors de la vie réelle, matérielle, et malgré moi ; rien ne m'ayant donné la mort, *tout est mécanique* chez moi et se fait inconsciemment. »

« Tout ce qui m'entoure, dit un autre malade, est encore comme jadis ; cependant, il doit s'être fait quelque changement... Les choses ont encore leurs anciennes formes, je le vois bien, et pourtant elles ont aussi beaucoup changé... »

Une malade (Obs. n° XI) atteinte de mélancolie avec idées de négation souffrait depuis trois ans de *troubles divers des fonctions organiques* (anémie, palpitations, perte de l'appétit, phénomènes nerveux, leucorrhée). Puis est survenu un état de malaise vague, d'ennui, d'abattement, de tristesse, de crainte, marquant l'apparition des troubles psychiques. Voici d'ailleurs comment la malade s'exprimait elle-même au sujet de ces derniers :

« Autant j'étais gaie autrefois, autant je suis triste aujourd'hui ; autant j'avais d'énergie, autant je n'en ai plus ;

[1] Cité par Cotard. — *De l'hypochondrie.*

[2] *Névrose cérébro-cardiaque*, p. 75.

[3] Ribot. — *Maladies de la personnalité*, p. 63.

toutes mes impressions se sont faites contraires. Pourquoi, si ce n'était pas comme je vous le dis, ne ressentirais-je ni le goût, ni le désir de retourner chez moi ? Pourquoi, lorsque tout le monde est complaisant et gentil pour moi, éprouver toujours un sentiment de honte, de gêne et de souffrance qui, je le sens maintenant, durera toujours. Autrefois, quand j'entendais une cloche sonner l'*Angelus* par exemple, cela me faisait plaisir ; aujourd'hui cèla me fait une impression désagréable ; je vois, je souffrirais de ne pas voir, et ce que je vois ne me fait pas plaisir. »

On ne pourrait caractériser plus nettement les désordres initiaux sur lesquels se greffe l'altération de la personnalité.

Une autre malade (Obs. n° XV) dit de même : « Je ne suis plus comme tout le monde, je sens bien que tout mon corps est changé... ; j'allonge ; je me suis sentie grandir en une seule fois de quinze centimètres, et cependant ma taille est la même et ma robe va toujours ; il est vrai que certaines parties de mon corps se sont rapetissées ; mon corps ne me fait plus la même impression... ; j'ai senti ma tête changer dix fois de forme, je n'ai plus de cervelle ; il me semble que ma tête et mes os sont en bois, je ne les sens pas comme avant ; je n'ai plus d'estomac, je n'ai jamais la sensation d'avoir faim. Quand je mange, je sens bien le goût des aliments, mais quand ils sont dans le gosier je ne sens plus rien, il me semble qu'ils tombent dans un trou ; autrefois je sentais, lorsqu'ils descendaient dans l'estomac, s'ils étaient chauds ou froids..., etc. Je ne sens plus mes yeux remuer, et pour les tourner il faut que je tourne la tête. Autrefois, quand je pleurais, je sentais mon cœur bondir, et cela me dégonflait ; aujourd'hui, je pleure sans rien ressentir ; je ne sais pas d'où cela vient ! Il me semble que je suis *morte*... ; il est vrai que je parle, que je marche, que je travaille, *mais c'est comme une automate.* »

« On ne peut mieux comparer, dit Taine, l'état du patient qu'à celui d'une chenille qui, gardant toutes ses idées et tous ses souvenirs de chenille, deviendrait tout d'un coup papillon, avec les sens et les sensations d'un papillon, Entre l'état ancien et l'état nouveau, entre le premier moi, — celui de la chenille, — et le second moi, — celui du papillon, — il y a scission profonde, rupture complète. Les sensations nouvelles

ne trouvent plus de séries antérieures où elles puissent s'emboîter ; le malade ne peut plus les interpréter, s'en servir ; il ne les reconnaît plus, elles sont pour lui des inconnues. De là, deux conclusions étranges : la première, qui consiste à dire : « Je ne suis pas » ; la seconde, un peu ultérieure, qui consiste à dire : « Je suis un autre [1]. »

On peut dire que les perversions sensorielles elles-mêmes sont secondaires chez ces mélancoliques.

« L'état hallucinatoire des mélancoliques anxieux, stupides ou agités, est profondément distinct, à ce point de vue, de celui des persécutés... Les hallucinations sont simplement confirmatives des idées délirantes et ne présentent pas cette indépendance qui donne, chez les persécutés, une si grande netteté, en même temps qu'une évolution spéciale [2]. » « Ce sont, comme dit Baillarger, des hallucinations qui reproduisent les préocupations actuelles des malades. »

« Il est à remarquer, dit encore Séglas [3], que les hallucinations des sens spéciaux ne sont pas un symptôme constant ni essentiel chez ces mélancoliques... Beaucoup n'en ont jamais ; d'autres en ont, mais d'une façon transitoire ou sous une forme élémentaire. Enfin, il est indispensable de considérer l'époque à laquelle elles apparaissent ; on ne les trouve jamais au début, elles ne se montrent qu'au bout d'un certain temps, quand la personnalité attaquée est en voie de transformation... Alors elles ne sont guère que la manifestation extérieure, la traduction d'un désordre plus profond. »

Trop souvent, on note comme hallucinations sensorielles des phénomènes qui sont, en réalité, des illusions ou des troubles psycho-moteurs, ce que Baillarger appelait des hallucinations psychiques, qui eux, au contraire, paraissent de règle chez les malades qui nous occupent.

Ces mélancoliques assistent au courant des excitations sensorielles comme aux mouvements automatiques réflexes qui en sont les résultats, mais ils ne se reconnaissent pas auteurs de ces phénomènes qui se passent en quelque sorte en dehors

[1] *Revue philosophique*, t. I, p. 289. — *L'Intelligence*, 4e éd., t. II, App. ; — Ribot. *Des maladies de la personnalité*, p. 105.

[2] Cotard, p. 325.

[3] *Délire des négations*, p. 17.

d'eux et de leur participation volontaire. Ces opérations leur paraissent d'autant plus étrangères qu'ils sentent que la direction leur en échappe, et lorsqu'ils veulent encore agir par eux-mêmes, ils se heurtent à l'inhibition même qui les réduit à l'automatisme.

Enfin, comme l'a dit Cotard[1] : « De même que dans l'ordre des mouvements apparents il y a des paralysies, des convulsions, des contractures, etc., de même il peut se produire des troubles analogues dans les mouvements de ces membres intérieurs par lesquels nous remuons les matériaux de nos pensées et qui sont véritablement les organes de l'intelligence. »

C'est que des « réactions psychomotrices sont liées indissolublement aux images perçues » par une sorte d'imitation réflexe.

« Ces réactions motrices, faiblement adhérentes au moi, en raison de leur caractère automatique, quelquefois même inconscientes[2], » peuvent s'en détacher tout à fait. Chez les mélancoliques religieux cette dissociation est particulièrement marquée. « Au début, le malade peut avoir conscience de son état ; mais il ne tarde pas à perdre la notion du caractère subjectif des troubles qu'il ressent, il se sent tout autre que par le passé, il trouve alors les choses extérieures également autres qu'elles ne sont[3]. » De là deux synthèses mentales contradictoires, l'une correspondant aux anciennes acquisitions, l'autre à la série des nouvelles perceptions anormales et des impulsions insolites subies en même temps.

Maine de Biran a démontré la part de l'effort volitionnel dans la constitution du moi. La même disposition cérébrale qui nous fait attribuer une origine externe au mouvement centripète des sensations devait nous faire attribuer une origine interne au mouvement centrifuge des volitions. Cette origine interne, le moi, se modifie et s'altère par les lésions psychomotrices, comme le milieu extérieur paraît se modifier et s'altérer sous l'influence des lésions sensorielles.

Une diminution d'énergie affectant essentiellement la réac-

[1] Cotard, p. 420.

[2] Cotard. — *De l'origine psycho-motrice du délire*, p. 422.

[3] Séglas. — *Les idées de négation* (*Annales médico-psychologiques*, juillet 1889, p. 9.)

tion du moi sur le monde extérieur, et secondairement l'influence du monde extérieur sur le moi, voilà ce qui constitue la mélancolie dépressive dans sa forme la plus simple [1].

Ettmuler, cité par Esquirol [2], distingue déjà les manifestations délirantes de l'affection mélancolique proprement dite, le délire et les impulsions étant, selon lui, secondaires à l'affection mélancolique. — Leuret [3] regarde la perturbation de la sensibilité, des sentiments affectifs, etc., chez les damnés, comme essentielles et précédant la croyance à la damnation.

Parlant des causes morales de la folie, M. Luys écrit les lignes suivantes, qui s'appliquent encore mieux à la mélancolie qu'à toute autre maladie mentale : « C'est presque constamment par une émotion prolongée, un chagrin, une déception, une commotion morale quelconque que l'on voit les désordres apparaître. L'émotion pathologique se développe suivant les mêmes procédés que l'émotion morale. L'individu frappé sent d'abord le choc extérieur, il réagit ou s'affaisse, et alors *c'est la dépression qui se dessine tout d'abord*, et les troubles de l'esprit ne font que suivre et s'adapter, comme des actions réflexes automatiques, aux troubles émotifs primitifs [4].

Le trouble primordial étant un changement dans le caractère de l'individu, n'est donc que la traduction d'une modifition plus intime survenue dans l'être psychique, dans le ton des sentiments et de l'énergie volitionnelle. Au début, le malade a conscience de cet état, il se sent autre que par le passé; mais il ne tarde pas à perdre la notion du caractère subjectif des troubles qu'il ressent : c'est alors qu'il trouve également les choses extérieures autres qu'elles ne sont [5]. De là, deux synthèses mentales contradictoires : l'une correspondant aux anciennes acquisitions, l'autre à la série des nouvelles perceptions anormales et des impulsions insolites subies en même temps. Dès le principe, la mélancolie n'est donc que scission, dissociation de la personnalité.

[1] Cotard, p. 420.

[2] Tome I, p. 405.

[3] *Fragm. psych.*, 1834, p. 433.

[4] Luys. — *Traité clinique et pratique des maladies mentales*, 1881, p. 239.

[5] Séglas. — *Loc. cit.*

L'homme, comme dit Leuret, y perd son unité ; il connait encore, mais en lui-même; quelque chose différent de son moi connait aussi, il veut encore ; mais le quelque chose qui est en lui a aussi sa volonté; il est dominé, il est esclave, son corps est une machine obéissant à une volonté qui n'est pas la sienne [1]. La scission peut atteindre plus ou moins profondément les différents éléments de la mentalité. De là, toute une série d'intermédiaires entre les formes aiguës simples et les cas chroniques complets dont le délire systématisé secondaire de possession paraît le type.

Aux formes frustes et à l'état faible correspondent les malades hantés par des animaux : même dans ces cas on peut découvrir des troubles psychomoteurs atténués.

L'évolution ultérieure peut aboutir à la lycanthropie proprement dite, ou bien se transformer en possession vraie. Le malade découvre un jour que le serpent, par exemple, qu'il sentait dans son corps n'est qu'une forme prise par l'esprit malin pour pénétrer en lui [2]. Les lycanthropes eux-mêmes, d'ailleurs, attribuaient généralement leurs métamorphoses imaginaires à un sortilège diabolique.

Ce sont les malades d'un niveau mental inférieur qui en restent à cette conception délirante ; l'extinction progressive de la personnalité les conduit seulement de l'idée d'animaux, contenus dans leurs viscères à la zoanthropie. Ils finissent par personnifier l'animal qu'ils sentaient antérieurement coexister dans leur intérieur, ils conforment plus ou moins bien leur attitude et leurs mœurs à cette idée. Tous les auteurs anciens ou modernes ont rangé les zoanthropes à côté des démonomanes, avec lesquels ils offrent, on le voit, une analogie frappante.

Les phénomènes psychomoteurs s'observent, avons-nous dit, dans ces cas bien qu'ils soient plus difficiles à mettre en lumière. A un premier degré, la synthèse mentale étant simplement affaiblie et les perceptions cynesthésiques perverties, non abolies, il en résulte une sorte de faiblesse irritable d'hyperesthésie morbide. Le malade a des réactions émotionnelles exagérées et des inquiétudes relatives à ses principales sphères fonctionnelles. C'est alors l'hypochondrie, la noso-

[1] Leuret. — *Fragments psychologiques sur la folie.*

[2] Dagonet. — *Observations*, p. 238. (*Traité des maladies mentales*, 1876.)

manie, et ce n'est pas sans raison que Fodéré considérait la syphilomanie comme en étroite connexion avec la démonomanie.

A un degré plus avancé, le malade perçoit avec terreur les mouvements de ses propres viscères ; mais, ne les percevant plus comme avant et ne les reconnaissant plus siens, il leur attribue une existence propre ; c'est alors qu'il se plaint de sentir des diables, par exemple, dans son corps ou simplement des animaux, comme les malades de Calmeil (l'un entendait chanter un coq dans ses entrailles, tandis que l'autre croyait que la chienne du curé de Saint-Germain avait mis bas dans ses intestins et sentait la meute aboyer).

Un de nos malades, après une période de dépression mélancolique avec préoccupations hypochondriaques vives, a définitivement arrêté ses conceptions délirantes à l'idée que l'intérieur de son corps est rempli d'eau et de poissons ; les gargouillements de son estomac et les mouvements de ses viscères le confirment dans cette idée. C'est d'ailleurs un individu d'un niveau intellectuel peu élevé ; son idée délirante persiste telle depuis plusieurs années, il y a ajouté la croyance qu'il a la tête et le cerveau peuplés d'oiseaux qui s'envolent de temps en temps.

Moreau (de Tours) rappelle l'aberration analogue dont fut atteint Harrington au déclin de sa vie. Il s'imaginait que ses idées prenaient naissance dans son cerveau sous forme d'oiseaux ou d'abeilles qui s'envolaient ensuite au loin. Les malades de ce genre en arrivent, en effet, à attribuer à leur propre pensée la même objectivation qu'aux autres phénomènes automoteurs. Abdiquant dès lors toute personnalité, ils rapportent leurs idées à une mentalité étrangère.

Le malade que nous venons de citer est assez typique à ce point de vue, car il sent parler ses poissons. Il n'entend rien dans les oreilles, mais peut, après s'être recueilli, la tête penchée, nous transmettre ce qu'ils pensent. Or, ces poissons ont un délire mélancolique des plus caractérisés : ils pleurent, ils sont malheureux, malades, mourants, etc. Il est permis de penser que nous avons affaire, dans ce cas, à des phénomènes psycho-moteurs atténués, et que le malade comprend ses poissons par le moyen des voies épigastriques, de Baillarger, sur lesquelles nous reviendrons d'ailleurs plus loin, à propos des cas où elles sont de règle (possession).

« L'excitation [1] motrice qui se manifeste visiblement dans l'habitude extérieure des anxieux agités se traduit souvent dans leur conscience par le sentiment d'une force irrésistible qui pousse ou qui arrête, d'un spasme douloureux qui paralyse comme le font les contractures et les crampes musculaires, ou encore par le sentiment d'un mouvement convulsif qu'ils ne peuvent dominer. C'est alors que se développent les idées de puissance infernale, de possession, de damnation... »

On doit à M. le Dr Séglas d'avoir démontré l'influence des impulsions verbales, dites hallucinations psychiques, sur cette forme de délire. Les autres phénomènes impulsifs se comportent de même. « Des malades à impulsions violentes se croient criminels, possédés, damnés ou changés en diables ; d'autres, poussés à hurler et à mordre, se croient métamorphosés en loups.

« Les réactions inhibitoires qu'exercent les impulsions maladives sur les différentes régions de la série psychique se traduisent par l'idée d'une influence destructive sur les objets extérieurs, sur l'univers entier... Les états de dépression motrice simple avaient conduit le malade au doute et aux négations philosophiques et religieuses ; les états d'exaltation inconsciente suggèrent la croyance aux êtres surnaturels. »

Un malade, dit Griesinger [2], se sent en proie à une tristesse profonde. Or, il est habitué à n'être triste que sous l'influence de causes fâcheuses ; de plus, la loi de causalité exige que cette tristesse ait un motif, une cause, et avant qu'il s'interroge à ce sujet, la réponse lui arrive déjà : ce sont toutes sortes de pensées lugubres, de sombres pressentiments des appréhensions qu'il couve et qu'il creuse jusqu'à ce que quelques-unes de ces idées soient devenues plus fortes et assez persistantes pour se fixer au moins pendant quelque temps.

Aussi le délire a-t-il le caractère des tentatives que fait le malade pour *s'expliquer* son état ; il est secondaire ; mais cette explication, le malade la tire fatalement des notions antérieurement acquises et du sens dans lequel son éduca-

[1] Cotard. — *Études sur les maladies mentales*, p. 426.

[2] Griesinger. — *Traité des maladies mentales*, trad. Doumic, 1865.

tion a été arrêtée; de là l'intervention possible de préoccupations et de scrupules d'ordre religieux dans la recherche du pourquoi.

Bien que cliniquement secondaires, ces éléments du délire ont leur origine dans le développement même de l'intelligence du malade; aussi croyons-nous qu'ils ne constituent pas un élément indifférent et négligeable, d'autant moins qu'ils peuvent à leur tour réagir sur les désordres primitifs psychomoteurs en les accentuant. Ceux-ci en arrivent peu à peu à envahir la scène clinique au point de lui donner un cachet particulier que nous allons nous attacher à mettre en lumière.

Sous l'influence de l'éducation religieuse, le malade se livre à des examens de conscience minutieux, repassant dans sa mémoire ses moindres actes, en particulier ceux qui touchent à ses devoirs de pitié. Cette tension de l'imagination dans un perpétuel *meâ culpâ* aboutit rapidement à la découverte de fautes plus ou moins puériles contre la morale religieuse. C'est alors que le malade s'accuse par exemple d'avoir mal fait sa première communion.

La moindre entorse aux rites les plus accessoires des manifestations extérieures de la religion suffit à alimenter son délire, et en arrive à découvrir ainsi dans son passé le plus lointain des motifs à la colère divine. Dès lors il ne lui reste que l'expiation par la prière et les macérations, si même il en est temps encore! Mais voilà bien un autre motif d'angoisse : la prière lui est devenue impossible; l'inhibition, sur laquelle nous avons insisté précédemment, anéantit ses réactions volontaires et le condamne à l'impénitence.

L'aboulie et la résistance passive auxquelles il se heurte sont extériorisées et attribuées à l'action répulsive des sacrements dont il essaie en vain de s'approcher. Le doute ne lui est plus permis, il est en état de péché mortel, il est maudit, il est damné.

La conscience du changement produit dans l'individualité amène au début des efforts de réaction, des états anxieux; mais dès que les malades s'aperçoivent qu'ils ne peuvent sentir, penser, agir autrement qu'ils font, que la lutte leur est impossible, cet asservissement de la volonté, cet assujettissement du moi entraîne des idées de domination par une

puissance supérieure, des idées de possession presque de règle chez les aliénés négateurs [1].

La dissociation ou la transformation de la personnalité sont alors très évidentes, et les malades les traduisent souvent eux-mêmes en disant qu'ils se croient doubles ou bien qu'ils sont changés en un être malfaisant, diable ou démon. Mais si l'on remarque, comme dit justement M. Ribot [2], que la transformation absolue de la personnalité, c'est-à-dire la substitution d'une personnalité à une autre, complète, sans réserve, sans aucun lien avec le passé, suppose une transformation de fond en comble dans l'organisme, on ne s'étonnera pas de la rencontrer plus rarement et plus tardivement.

L'état de conscience actuel en évoque généralement un semblable, mais qui a un autre accompagnement : les deux peuvent paraître miens quoique se contredisant ; selon que la scission est plus ou moins complète, tantôt le malade s'attribue la responsabilité de ses maléfices; tantôt, refusant de s'assimiler les impulsions horribles qu'il sent naître en lui et dont il a conscience, il les explique par la théorie de la possession.

Comme le dit M. Cotard [3], « il n'y a qu'une nuance entre les délires de culpabilité et de possession ; dans la confusion mentale qu'amène l'agitation anxieuse, les malades passent souvent de l'un à l'autre et se considèrent tantôt comme criminels, tantôt comme damnés et tantôt comme possédés.

« Lorsque ce sentiment de puissance intérieure acquiert une intensité suffisante, il donne une sorte de grandeur aux conceptions morbides.

« Le malade croit qu'il est la cause de tout le mal qui existe dans le monde; il est Satan, il est l'Antéchrist. Quelques-uns s'imaginent que leur moindres actes ont des effets incommensurables; s'ils mangent, le monde entier est perdu; s'ils urinent, la terre va être noyée par un nouveau déluge. » Mais le plus ordinairement on peut observer le passage de l'un à l'autre de ces états; la scission, tout d'abord incomplète, s'achève avec le temps, et le malade primitivement possédé finit par ne plus faire qu'un avec le diable.

[1] Griesinger. — *Loc. cit*, p. 55.

[2] Ribot. — *Maladies de la personnalité.*

[3] Cotard. — *Le délire d'énormité*, S. M. P., 26 mars 1880, et *Œuvres complètes*, p. 375.

« Il faut signaler, disait déjà Esquirol[1], comme une variété de démonomanie l'état dans lequel certains aliénés, frappés des terreurs de l'enfer, croient être damnés. »

Ils ne sont pas, comme les démoniaques, actuellement au pouvoir du diable; ils ne voient pas, ne sentent pas des flammes, du soufre qui les dévorent, mais ils redoutent la damnation, ils sont convaincus qu'ils iront en enfer. Ils s'imposent des mortifications plus ou moins outrées, plus ou moins bizarres pour prévenir leur destinée. C'est la damnomanie de Fodéré[2], la démonophobie de Guislain[3], par opposition à la démonomanie proprement dite.

Ces malades luttent encore, ils ne sont pas résignés et convaincus de la fatalité de leur sort ; ce ne sont le plus souvent d'ailleurs que des mélancoliques religieux parvenus à une phase moins avancée d'une même évolution chronique. Avant de se croire possédés, ils passent par une période de désespérance et d'inhibition où ils se croient abandonnés de Dieu et damnés.

Dès cette époque ils se livrent à un délire palaingnostic qui atteint bientôt jusqu'à la notion première de leur origine. Après s'être demandé si la damnation qu'ils sentent peser sur eux ne daterait pas d'avant leur première communion par exemple, ils peuvent en arriver à craindre, comme une de nos malades, d'avoir été omis dans la grande rédemption du péché originel; la question ainsi posée, est résolue d'avance contre le malade.

D'autre part, recherchant avec persistance tous les griefs dont ils auraient pu se rendre coupables, ils passent mentalement en revue tous les les méfaits que la religion poursuit de son anathème. Mais l'intensité même des représentations mentales d'une chose redoutée fait qu'on en arrive à croire l'avoir faite, ou même qu'on passe à l'exécution de l'acte.

On a dit de l'état normal que penser c'était se retenir d'agir. Pour Setchenoff, c'est un réflexe réduit à ses deux premiers tiers. Se figurer un fait, c'est se le représenter mentalement, en quelque sorte se le mimer intérieurement, s'en esquisser à soi-même les mouvements[4].

[1] Esquirol. — *Traité des maladies mentales*, Paris, 1838, t. I, p. 517.
[2] Fodéré. — *Traité des maladies mentales*, Paris.
[3] Guislain. — *Traité sur l'aliénation*, Amsterdam, 1826.
[4] Voir Binet et Féré. — *Sensation et mouvement.*

Par suite de la perversion du sens interne et de la motilité, les résidus de ces pseudo-mouvements qu'on appelle idées sont méconnus dans la conscience malade, qui les prend pour faits accomplis, ou même y trouve une source d'impulsions involontaires d'où naissent des mouvements automatiques ; de là des raptus qui se produisent alors que le malade est au plus profond de l'inhibition et de la stupeur angoissée.

Jusqu'ici, l'automatisme peut donc se réduire aux impulsions élémentaires (mutilations, suicides, etc.), l'obnubilation peut même prédominer encore, et les impulsions demeurer latentes ou à l'état naissaut; le malade s'attribue seulement des méfaits imaginaires et se croit la cause de phénomènes réels accidentels. — Une mélancolique religieuse qu'on retrouvera plus loin croit qu'elle est cause de la folie de toutes ses compagnes d'asile. — Une démonopathe immortelle de Cotard[1] s'imagine que sa tête a pris des proportions tellement monstrueuses qu'elle franchit les murs de la maison de santé et va jusque dans le village démolir comme un bélier les murs de l'église. (*A suivre.*)

REVUE CRITIQUE.

HISTOIRE DES DOCTRINES CONTEMPORAINES DE L'HISTOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL. THÉORIE DES NEURONES ;

Par JULES SOURY,
Directeur-adjoint à l'école pratique des Hautes-Études.

III. — MICHAEL VON LENHOSSÉK.

Michael v. Lenhossék s'est déclaré à sou tour, comme Ramon y Cajal, contre la théorie erronée d'un réseau nerveux diffus des centres nerveux : ce réseau n'est en réalité qu'un simple

[1] Cotard. — *De l'hypocondrie*, *loc. cit.*, p. 405.

feutrage (*neuropilema* de His), sorte de « forêt vierge dont les fourrés impraticables sont formés de branches et de rameaux qui, quoique étroitement entrelacés, n'en sont pas moins distincts ». L'éminent disciple de Kölliker a insisté sur la théorie du contact, de Ramon y Cajal, qui « apporta la lumière, la vie et le mouvement » dans les schémas de Golgi. « On ne saurait présenter, dit-il, comme un postulat physiologique, la continuité des éléments nerveux entre eux; au contraire. [1] » A l'hypothèse de la continuité de substance des réseaux protoplasmique ou cylindraxile, l'anatomie a substitué le fait d'observation du contact des prolongements de la cellule nerveuse pour l'explication physiologique des courants nerveux. L'onde nerveuse ne se propage plus par une voie unique; elle prend fin déjà, dans sa forme initiale, à l'arborisation terminale du premier neurone, et provoque, dans le second, par une sorte d'induction, la manifestation d'états d'excitation spéciale, qui peuvent n'être pas de nature identique à celle du neurone antérieur. Le courant nerveux peut varier ainsi de forme spécifique en traversant la chaîne des neurones; la propagation du courant rappelle les phénomènes d'induction, et cela s'accorde mieux avec la complexité des processus nerveux que l'hypothèse d'une voie directe, conduisant l'excitation nerveuse, de son point de départ à son point d'arrivée, sans modification ni changement.

Le système nerveux central des invertébrés est construit sur le même plan. Grâce aux travaux de Retzius, de Biedermann, de Bürger et surtout de Lenhossék lui-même, sur des crustacés, des vers et des mollusques, exécutés avec la méthode d'Ehrlich au bleu de méthylène ou avec le procédé de Golgi, on sait que les cellules nerveuses de la chaîne ventrale et des ganglions de ces êtres vivants, quoiqu'appartenant surtout au type unipolaire, ne laissent pas de présenter des cellules bipolaires et multipolaires (crustacés et vers). A s'en tenir à la forme unipolaire, on voit que le corps cellulaire, d'aspect piriforme, émet un fort prolongement qui se divise quelquefois en forme de T, d'une façon analogue à ce qu'a vu Cajal chez les vertébrés; mais presque toujours ce prolongement s'infléchit indivis dans une racine nerveuse et quitte la moelle : ces fibres sortent donc bien directement des cellules nerveuses du cordon ventral pour se rendre aux muscles. Mais, de sa cellule d'origine jusqu'à sa sortie du ganglion abdominal, ce prolongement (*Stammforsatz*) émet des ramifications collatérales (*Nebenfortsätze*),

[1] M. v. Lenhossék. — *Der feinere Bau des Nervensystems im Lichte neuester Forschungen. Eine allgemeine. Betrachtung der Strukturprinzipien des Nervensystems, nebst einer Darstellung des feineren Baues des Rückenmarkes.* 2te, gænzl. umgearb. Aufl. mit 6 Taf. und 60 Fig. im Text. Berlin, Kernfeld, 1895, VII-409, in-8°.

courtes ou longues, qui se terminent par de libres arborisations, constituant encore, non un « réseau nerveux central », mais un feutrage. « La connexion physiologique des différents éléments nerveux a donc lieu aussi chez les vers par contact, non par continuité ou réunion directe des prolongements » (Retzius).

Lorsque l'on compare les cellules ganglionnaires des invertébrés avec les cellules nerveuses du cerveau et de la moelle épinière des vertébrés supérieurs, une question difficile se présente, celle de la nature des collatérales : 1° On peut considérer les branches latérales du prolongement nerveux des cellules motrices de la chaîne ventrale des invertébrés comme des analogues des dendrites sortant ici, non, comme chez les vertébrés, du corps cellulaire, mais du tronc du prolongement nerveux (Retzius et Cajal); 2° on peut aussi supposer que ces branches ramifiées ne correspondent pas aux dendrites, mais aux collatérales qui, chez les vertébrés, partent du prolongement nerveux ou cylindraxile, parce que, chez les invertébrés, il n'y aurait pas de dendrites : c'est l'opinion de Waldeyer. A son tour v. Lenhossék estime qu'il ne convient pas d'affirmer rien d'absolu touchant les cellules des ganglions abdominaux et que chaque cas doit être examiné à part; il incline toutefois pour la première des deux manières de voir, celle de Retzius et de Cajal. Ces collatérales seraient donc des manières de dendrites. Ajoutez que, chez les vertébrés, les dendrites et les « fibrilles latérales », c'est-à-dire les fibrilles qu'émet à son origine le prolongement nerveux et sur lesquelles nous reviendrons, sont des organes de réception des excitations, le cylindraxe et ses collatérales proprement dites des organes d'émission de l'excitation cellulaire. La direction du courant nerveux, cellulipète dans les dendrites, est cellulifuge dans le cylindraxe et dans ses collatérales (*axone* et *paraxones*). Or, si nous considérons comme motrices, pour la plupart, les cellules unipolaires des ganglions centraux des invertébrés, supposition qui s'appuie sur le fait de la localisation dans la peau d'une partie considérable des cellules de sensibilité, force est d'admettre que l'excitation qui détermine d'une manière réflexe l'activité de la cellule piriforme et la production consécutive du mouvement musculaire, arrive à cette cellule par les collatérales de son prolongement nerveux; celles-ci, par le tronc de ce prolongement, conduisent à la cellule l'excitation apportée par les libres terminaisons des nerfs sensitifs dans le ganglion, et la transformation de la sensation en impulsion motrice a lieu dans le corps protoplasmique des cellules unipolaires, d'où partent les courants qu'apportent aux muscles les prolongements cylindraxiles de ces cellules ganglionnaires. La direction du courant nerveux des collatérales de ces cellules est donc cellulipète; ce sont des organes de réception des stimuli partis de la périphérie et, au point de vue de la physiologie du moins, un

rapprochement est permis entre ces collatérales et les dendrites des vertébrés. Cette conception ne vaut d'ailleurs, suivant v. Lenhossék, que pour les cellules motrices de la chaîne ganglionnaire. S'il existe aussi, dans le système nerveux central des invertébrés, des cellules de sensibilité, et il doit en exister, on le verra bientôt, ainsi que des cellules d'association (*Sehaltzellen*), et si ces éléments sont construits d'après le type régulier, les collatérales de leur prolongement nerveux devront avoir une fonction différente de celle de ces *axodentrites* des cellules motrices des invertébrés, c'est-à-dire qu'elles devront ressembler aux collatérales des vertébrés, dont le courant nerveux est cellulifuge.

I. *Histologie du neurone.* — Le système nerveux apparaît à v. Lenkossék comme constitué par la somme d'un grand nombre d'unités ou individus (Edinger) qui, dès leur apparition, à l'état de *neuroblastes* encore dépourvus de prolongements, se montrent indépendants, isolés et demeurent toujours tels, en dépit des rapports de contiguïté ou de proximité qu'ils contracteront plus tard, au moyen de leurs prolongements, avec les autres neurones. Le neurone (Waldeyer) ou le *neurodendrone* (Kölliker), c'est la cellule nerveuse avec ses prolongements protoplasmiques et cylindraxiles, d'une étendue et d'une surface souvent énormes. Le mot de *cellule nerveuse* doit être réservé au corps protoplasmique nucléé. Tous les neuroblastes sont des cellnles nerveuses jusqu'au moment, très rapproché de leur naissance, où ils émettent un prolongement. Mais d'autres cellules, même après leur développement définitif, doivent encore être appelées de ce nom : ce ne sont point les cellules des ganglions spinaux, qu'on a appelées apolaires, car il n'existe pas de cellules apolaires, mais les cellules épithéliales des sens ou neuroépithéliales, situées à la périphérie du corps, dans les organes de l'ouïe, du goût, etc. Tous ces éléments sans prolongement n'ont avec les fibres nerveuses aucun rapport direct : ce sont bien des cellules nerveuses, des « éléments qui déjà, par la nature propre et spéciale de leur protoplasma, possèdent la faculté d'être mis dans un état d'excitation déterminé par certains stimuli externes ». Il n'y a pourtant ni cylindraxes ni dendrites. Ce sont les ramifications cylindraxiles des cellules nerveuses, mises en rapport avec ces éléments, qui conduisent aux centres l'excitation accumulée dans la cellule neuroépithéliale. Peut-être devrait-on ranger parmi elles certains éléments de la rétine, ceux des cônes et des bâtonnets en particulier.

Dans toutes les autres unités nerveuses, on distingue deux parties principales : la cellule nerveuse proprement dite (*neurocyte*) et son prolongement nerveux (*neuraxone* ou *axone* (Kölliker), long (*inaxone*) ou court (*dendraxone*). Le prolongement nerveux peut être multiple et se diviser soit à proximité de la cellule (*diaxones* et

polyaxones), soit sur son trajet, en deux ou plusieurs fibres (*schizaxones*) possédant le même caractère histologique de prolongement nerveux, avec arborisations terminales propres. Les cellules des ganglions spinaux dans les poissons sont des *diaxones*. On rencontre des *polyaxones* dans les ganglions viscéraux du sympathique, la couche moléculaire du cerveau (*cellules de Cajal*). Mais le type propre de l'unité nerveuse, c'est le prolongement nerveux unique ou *monaxone;* ce prolongement se termine toujours librement, soit sans se bifurquer (corpuscules de Vater, fibres parallèles de la couche moléculaire du cervelet, etc.), soit en se ramifiant en une arborisation (*télodendrone*), troisième élément de l'unité nerveuse. L'exemple le plus simple d'un prolongement nerveux nous est offert par la cellule périphérique des nerfs des sens, par celle de la muqueuse olfactive des vertébrés : elle se distingue de la cellule neuroépithéliale par la possession d'un prolongement qui s'arborise dans les glomérules du lobe olfactif; on a ici les trois segments du neurone : cellule, fibre et arborisation. Mais dans la plupart des cellules, dans toutes les cellules centrales, ce type simple se complique : la cellule nerveuse pousse ses dendrites, le prolongement nerveux ses branches collatérales ou paraxones. Ces annexes, qui s'étendent souvent si loin dans le système nerveux, ne sont pourtant pas des attributs indispensables de l'unité nerveuse, puisqu'il existe non seulement des cellules nerveuses *adendritiques* (cellules des ganglions spinaux, etc.), mais aussi des prolongements nerveux dépourvus de *collatérales*, tels que ceux des cellules d'origine des racines antérieures, des fibres optiques, des fibres olfactives. Chez les invertébrés, les cellules nerveuses typiques sont adendritiques; mais les collatérales des prolongements nerveux jouent un grand rôle.

« Des trois parties constituant le neurone, la *cellule nerveuse*, avec ses *dendrites*, nous apparaît sûrement comme l'élément percevant et impulsif », écrit v. Lenhossék. La *fibre nerveuse*, ses collatérales et son arborisation terminale, représentent les moyens de conduction et d'émission, véritables excroissances du corps cellulaire, grâce auxquelles le neurone peut entrer en rapport avec les autres neurones, soit a proximité, soit éloignés, entourer d'autres cellules nerveuses de ses ramifications, s'élever dans les territoires de l'écorce, où se terminent les fibres de la sensibilité, ou se distribuer aux éléments contractiles, toujours par des contacts simples. Il en est partout ainsi, chez les vertébrés comme chez les invertébrés, depuis l'apparition de la première cellule nerveuse avec son prolongement nerveux, jusqu'aux mammifères. Le prolongement nerveux est en réalité quelque chose de différent des dendrites; il en diffère et par son mode de développement et par sa structure histologique. Les dendrites forment proprement un tout avec le corps cellulaire : ils font partie du corps de la cellule; le

prolongement axile, ou *axone*, est un *produit* de la cellule ; en ce sens il possède une plus grande indépendance.

Au sortir de la phase de croissance que traverse la cellule nerveuse comme *neuroblaste*, la première fonction qu'elle déploie, c'est celle de sa conservation : elle absorbe et assimile des matières nutritives, c'est-à-dire la lymphe, qui la baigne de toutes parts avec ses prolongements, ainsi que les autres cellules de l'organisme : elle assimile donc cette nourriture liquide et en rejette les déchets. Ces échanges ont lieu par la surface du corps cellulaire ; ils sont particulièrement favorisés par l'énorme extension de cette surface due aux ramifications des dendrites (Schiefferdecker). A cet égard, et en calculant que les dendrites des cellules nerveuses des cornes antérieures ou de celles de Purkinje centuplent au moins l'étendue de ces organismes, on peut dire en un certain sens que ces prolongements protoplasmiques sont bien des organes de nutrition de la cellule nerveuse. Non qu'il faille confiner leur rôle à cette fonction de la nutrition, comme l'a fait Golgi. Le célèbre histologiste de Pavie admet, on le sait, que, par leurs extrémités, les dendrites se fixent comme des racines sur les vaisseaux sanguins et attirent par le canal de ces extrémités, le plasma nutritif dans le corps cellulaire. V. Lenhossék ne peut croire que, aujourd'hui encore, Golgi persiste dans cette hypothèse. Il n'a, quant à lui, aperçu nulle part ces rapports des dendrites avec les vaisseaux ; il a même vu ces ramifications apparaître à une période où il n'existait pas de vaisseaux dans la substance nerveuse, et, après l'apparition de ceux-ci, il n'a pu constater que la direction des prolongements protoplasmiques en fût en rien modifiée. Les dendrites absorbent par tous les points de leur étendue, à leur base comme à leurs sommets, les matières nutritives dont le courant progresse, il est vrai, dans la direction du corps cellulaire, où il se mêle au plasma de la cellule. Ces matières ne sont pas non plus directement tirées du sang, comme l'implique l'hypothèse de Golgi, mais de la lymphe qui, des capillaires sanguins, vient baigner les organes centraux et remplit toutes les lacunes que laissent entre elles les délicates ramifications des éléments nerveux. Sans doute ce liquide n'est point partout également réparti dans le cerveau et la moelle épinière, et sa circulation est à la fois plus abondante et plus active là où se trouvent de grands amas de cellules nerveuses, dans la substance grise de l'écorce, que parcourt un si riche réseau de vaisseaux sanguins, en rapport avec l'intensité des échanges de ces cellules.

Quant au mode de nutrition de la fibre nerveuse, et en particulier des nerfs périphériques, v. Lenhossék considère comme invraisemblable que ces cylindraxes tirent leur matériel de nutrition de leurs cellules d'origine, non seulement à cause de l'énorme distance qui les sépare de leur centre histogénique, mais parce que le courant de la nutrition va, dans les cellules nerveuses, de la surface

périphérique du corps cellulaire au centre, dans une direction cellulipète. Les vaisseaux propres des faisceaux nerveux plaident déjà pour une nutrition autonome des fibres de ces faisceaux; en clinique, l'anesthésie et la paralysie résultent quelquefois d'embolie et de thrombose périphérique; enfin, dans les fibres myéliniques, les étranglements de Ranvier sont le point où les sucs nutritifs peuvent arriver aux cylindraxes enfermés dans les segments interannulaires par la gaine imperméable de myéline. Mais, de ce que les nerfs périphériques tirent leur nourriture des milieux qu'ils traversent, cela n'exclut point toute influence trophique de la cellule nerveuse sur son prolongement axile. Le bout périphérique d'un nerf séparé de son centre dégénère depuis l'extrémité sectionnée jusqu'à son télodendron; le bout central demeure d'abord intact. Que le nerf soit moteur ou sensitif, il n'importe, selon Waller. On peut croire, en effet, que le prolongement nerveux d'une cellule, quelque éloigné qu'il soit de sa cellule d'origine, en fait toujours partie et en dépend, comme les pseudopodes d'une amibe du corps du protozoaire. La solidarité des parties et du tout est sans doute une condition d'existence pour l'élément nerveux, considéré comme un petit organisme. Schäfer, Strümpell, voient dans le noyau cellulaire le facteur trophique de la cellule, puisque, chez une amibe sectionnée en deux ou plusieurs parties, les portions nucléées continuent seules à vivre, les parties anucléées meurent bientôt, sans doute par suite d'une nutrition défectueuse (expériences de mérotomie de Nussbaum, de Graber, de Balbiani, Hofer, etc.).

Ces faits rendent plausible l'existence de fonctions trophiques dans la cellule; ils n'éclairent pas le mécanisme de cette influence trophique du corps cellulaire sur ses prolongements. Le seul essai de valeur qui ait été tenté pour résoudre ce problème est dû, v. Lenhossék le reconnaît, à G. Marinesco, et repose sur les altérations des nerfs et de la moelle épinière qui suivent les amputations. D'après la loi de Waller, le segment périphérique d'une fibre nerveuse devrait bien dégénérer, non la cellule nerveuse et le bout central du nerf. Marinesco soutient que l'activité trophique de la cellule nerveuse n'est point une activité purement automatique, qu'elle résulte de la continuité des excitations fonctionnelles du neurone. Mais si cette explication convient au cas spécial des amputations, elle serait insuffisante, selon v. Lenhossék, pour rendre compte d'un certain nombre d'autres phénomènes, tels que les faits de « dégénérescence ascendante » des nerfs moteurs, etc. Nissl a démontré de la façon la plus exacte que, quelques jours déjà après la section du nerf facial, ses cellules d'origine dans la moelle allongée subissent des altérations dégénératives. La destruction ultérieure de la cellule motrice dépend de la possibilité ou de l'impossibilité de la restitution du nerf au point de vue fonctionnel et anatomique. Dans le cas de rétablissement du courant nerveux, les cellules

centrales se régénèrent. V. Lenhossék conclut donc que, « pour chaque cellule nerveuse, la connexion (*Verbindung*) normale avec l'organe terminal par l'intermédiaire du prolongement nerveux — que cet organe terminal soit un muscle, un territoire cutané ou muqueux, ou une autre cellule — est une condition d'existence » (p. 122). Dès que la cellule nerveuse, par suite de la séparation de l'organe terminal, n'est plus capable de déployer sa fonction nerveuse, il se passe en elle certaines altérations histologiques, peut-être chimiques, résultant du fait que les processus nerveux normaux étant empêchés, l'absorption et l'assimilation des matières nutritives par cet organisme souffrent gravement. Ce seraient donc des troubles de nutrition qui détermineraient directement la mort des cellules nerveuses séparées de leur prolongement nerveux. Par le fait de cette désorganisation progressive, l'influence trophique de la cellule sur les autres neurones associés diminuerait naturellement aussi. Ainsi la fonction trophique paraît bien enchaînée à la persistance normale des processus nerveux. Ce ne seraient toutefois que les troubles dus à une interruption totale de la continuité du prolongement nerveux qui détermineraient ces graves lésions de la cellule nerveuse. Quant au fait de l'abolition de la fonction nerveuse, il ne les expliquerait pas par lui-même.

Dans les paralysies causées par des lésions du cerveau, on voit souvent les cellules des cornes antérieures persister longtemps en bon état. Dans les paralysies relevant d'une dégénération du faisceau pyramidal, l'état fonctionnel du neurone moteur direct, c'est-à-dire de la cellule motrice de la corne antérieure et de son prolongement nerveux, se manifeste encore par les contractures qui existent souvent, par l'exagération des réflexes, par la réaction électrique normale. Les paralysies hystériques peuvent guérir après plusieurs années, ce qui est inconciliable avec l'hypothèse d'une dégénération de la cellule nerveuse suivant, avec une nécessité absolue, l'abolition de la fonction nerveuse de cet organisme. V. Lenhossék déclare donc ici s'écarter en principe de l'hypothèse de Marinesco et de Goldscheider. Toutefois l'accord subsiste quant aux cellules des ganglions spinaux, l'hypothèse des excitations périphériques considérées comme nécessaires aux fonctions normales de la cellule étant en harmonie avec les fonctions propres de ces cellules. Quant aux cellules motrices, la cause ne doit être cherchée ni dans l'action réflexe des excitations périphériques (Marinesco), ni dans les excitations venues de l'écorce (Goldscheider). V. Lenhossék croit au contraire que, dans la section périphérique d'un nerf moteur, ce qui accélère la destruction de la cellule d'origine du nerf, c'est que les *collatérales réflexes*, les *fibres des pyramides*, et d'autres fibrilles continuent, après comme avant, d'assaillir de leurs excitations cette cellule, alors qu'elle n'est plus capable de se décharger de ces excitations.

Le professeur von Lenhossék a donné récemment une description de la structure des *cellules des ganglions spinaux* provenant de la moelle épinière d'un supplicié [1] sain et jeune. Il distingue dans ces cellules dont il énumère plusieurs types, deux éléments : la *substance fondamentale*, faiblement colorable, et, dans celle-ci, des *corpuscules*, d'ordinaire très denses, qui se colorent facilement et donnent au corps cellulaire un aspect granuleux. Lenhossék voudrait qu'on donnât à ces granules chromophiles de Nissl, constitués de fines granulations, le nom de *tigroïdes* (de τιγροειδές, *tigré*). Près de la périphérie de la cellule, apparaît une « couronne de granules marginaux » relativement gros, non disposés concentriquement, plus denses à l'intérieur, plus espacés à l'extérieur, et présentant un aspect réticulé. Dans les grosses cellules, le noyau est presque toujours environné d'un espace clair complètement dépourvu de blocs tigroïdes, ce qui représente une différenciation du protoplasma cellulaire. Il existe également, d'une manière constante, à la périphérie des cellules moyennes et grosses, une zone marginale, d'environ 10 μ de largeur, très développée chez l'homme, claire, dépourvue de blocs tigroïdes. De même encore au cône d'origine du prolongement nerveux. Autour du noyau, enfin, existe une petite zone homogène, claire et dépourvue de granules. Quant au rôle et à la signification des blocs tigroïdes, Lenhossék se rattache à l'opinion des auteurs qui ne croient pas que ces substances participent aux fonctions proprement nerveuses des neurones, mais voient en elles des amas de matière nutritive accumulés, emmagasinés dans la cellule (ces blocs diminuent et disparaissent dans les fièvres par exemple). Les granulations tigroïdes existent déjà chez les embryons.

Relativement à la structure de la *substance fondamentale* des cellules des ganglions spinaux, chez l'homme et chez d'autres mammifères, Lenhossék, aujourd'hui encore, ne peut se convaincre de l'existence des fibrilles que Flemming y a décrites. La substance fondamentale aurait une structure alvéolaire. En particulier dans la couche marginale, libre de granules, de fines granulations achromatiques, très denses, se grouperaient en un réseau à mailles très étroites. Le *prolongement nerveux* sort, nous le répétons, d'un cône dépourvu de granules; en s'éloignant du plasma cellulaire, il présente une *striation fibrillaire* des plus fines. Chez l'homme, von Lenhossék n'a pu réussir à poursuivre cette striation jusqu'au cône d'origine.

Le *noyau* se distingue, avant tout, par la *grosseur considérable de son nucléole*, toujours *unique* chez l'homme. Le noyau a, en moyenne de 16 à 20 μ; le diamètre du *nucléole* atteint d'ordinaire

[1] *Ueber den Bau der Spinalganglienzellen des Menschen*, von prof.-doc. M. v. Lenhossék in Tübingen. Arch. f. Psych. und Nervenkr., XXIX, 345.

un tiers de celui du noyau : il possède le plus souvent 6 μ. Comparés aux autpes noyaux, ceux des cellules des ganglions spinaux sont d'une structure plus développée. La membrane nucléaire est très nette. *La grosseur de ces cellules*, dont le diamètre varie de 25 à 120 μ en longueur, *est en rapport avec l'importance fonctionnelle des parties du corps auxquelles appartiennent les nerfs périphériques de sensibilité correspondants.* Elles n'ont point de membrane spéciale. Chaque cellule possède une capsule de tissu connectif à l'intérieur de laquelle existe un épithélium ; la capsule se continue dans la gaine de Henle du prolongement. Les cellules des ganglions spinaux sont, chez l'homme, en majorité *unipolaires* ; leur *prolongement* à structure fibrillaire se divise en une *branche périphérique* et en une *branche centrale*. Les cellules des ganglions spinaux de l'homme sont fortement pigmentés. Ces accumulations de pigment dont les granulations sont rondes ou allongées, Lenhossek les signale particulièrement à proximité du cône d'origine du prolongement nerveux. Le pigment ferait défaut dans toutes les petites cellules.

II. *Physiologie du neurone.* — Il est certain qu'aucune cellule nerveuse ne manifeste spontanément son activité, c'est-à-dire sans excitations externes. Les fonctions de l'élément nerveux doivent toujours être considérées comme de simples réactions à des actions extérieures. Et par l'extérieur (das Aussen), il faut entendre, pour le neurone, tout ce qui est en dehors de son protoplasma et de ses prolongements, son entourage immédiat, les cellules voisines, le plasma qui le baigne : voilà pour le neurone le monde extérieur. Toute cellule nerveuse qui ne possède qu'un prolongement nerveux *(monaxone)* propage toujours l'excitation dans le sens cellulifuge. Dans le *nerf moteur* périphérique issu du système nerveux central, le courant d'excitation va du protoplasma de la cellule nerveuse des cornes antérieures au protoplasma de la cellule musculaire; l'*axone* est bien ici un *organe de transmission* comme son arborisation terminale est un *organe d'émission*, présentant un cas très net de la loi de la multiplication des effets, car l'expansion des fibrilles nues sur le muscle augmente les points de contact des fibrilles du nerf moteur avec les fibres musculaires. De même dans la transmission du courant nerveux du *nerf optique*, par exemple : l'excitation d'une seule cellule ganglionnaire de la rétine retentit sur plusieurs cellules centrales des tubercules quadrijumeaux antérieurs ou du lobe optique. Relativement à la *cellule olfactive*, von Lenhossék insiste sur ce fait, dont l'organisation des vertèbres n'offre, dit-il, pas d'autre exemple, que des excitations externes agissent ici directement sur le protoplasma d'une vraie cellule nerveuse, pourvue d'un prolongement nerveux fort long, qu'elle envoie dans le bulbe olfactif : il s'arborise dans les

glomeruli olfactorii. Mais, au lieu d'influencer plusieurs cellules à la fois comme le font les fibres optiques, il s'entrelace simplement avec les dendrites descendants d'une seule cellule mitrale ; souvent même plusieurs fibres olfactives ne sont en rapport qu'avec une seule cellule mitrale. Quoi qu'il en soit, l'onde nerveuse, apportée par l'arborisation terminale de la fibre olfactive, se transmet aux dentrites des cellules mitrales, et, par l'intermédiaire du corps cellulaire et des prolongements nerveux de ces magnifiques neurones, elle est finalement projetée sur différents territoires de l'écorce cérébrale, tels que le lobe frontal, toujours dans une direction cellulifuge.

Les exceptions apparentes confirment la règle, au moins chez les vertébrés. Ainsi dans la rétine des oiseaux et des mammifères, Cajal a démontré l'existence de libres arborisations terminales provenant de fibres nerveuses venues à la rétine par le canal des nerfs optiques, donc, dans une direction opposée à celle des fibres de ce faisceau. Avant Cajal, von Monakow avait déjà pu conclure de ses recherches de pathologie expérimentale à l'existence de ces fibres, dont les cellules d'origine ne pouvaient être que dans les tubercules quadrijumeaux. Cajal et van Gehuchten ont en effet trouvé ces éléments : ils occupent la couche moyenne de ces ganglions ; ce sont de petites cellules fusiformes d'où sortent de longs dendrites, et dont proviennent, souvent à une distance considérable de la cellule, les prolongements nerveux qui passent dans le faisceau des fibres optiques, suivant une direction opposée à celle de ces fibres ; les arborisations terminales observées par Cajal sont bien celles de ces prolongements des cellules des tubercules quadrijumeaux ; ces fibres doivent apporter des courants centrifuges à la rétine. Quant à la nature de ces courants, ou à la nature des fonctions de ces cellules, selon van Gehuchten, elles transmettraient à la rétine des manières de signaux touchant le caractère et l'intensité des excitations arrivées au cerveau par le nerf optique. Ramon y Cajal conjecture que ces fibres agissent sur les cellules de la couche ganglionnaire de la rétine, non pas directement, mais par l'intermédiaire des prolongements protoplasmiques des spongioblastes, si abondants dans la couche moléculaire interne de la rétine : « On peut conjecturer, dit Ramon y Cajal, les spongioblastes étant les seuls éléments de la rétine qui reçoivent les arborisations terminales des fibres centrifuges, qu'ils servent à transporter aux cellules ganglionnaires quelque excitation émanée des centres, impulsion qui serait peut-être nécessaire pour le jeu fonctionnel de la connexion des cellules bipolaires. » Nahmmacher, se référant à d'anciennes expériences d'Engelmann, a établi expérimentalement que dans le nerf optique passent des fibres dont l'excitation détermine la contraction des cônes correspondants de la rétine. Enfin, on pourrait aussi songer, ajoute von

Lenhossék, pour l'interprétation des fonctions de ces fibres centrifuges, à quelque influence sur la couche du pigment ou sur la nutrition de la rétine. On ignore évidemment les fonctions de ces neurones ; mais la direction du courant nerveux de ces prolongements axiles, quoique en sens contraire de celle des fibres optiques, n'en est pas moins également cellulifuge, toujours par rapport aux cellules d'origine. Il en est partout ainsi pour les *monaxones*. En est-il de même ponr les *diaxones ?*

Dans les cellules des ganglions spinaux, les deux prolongements ont absolument le même caractère de prolongement nerveux, de cylindraxes vrais ; ils sont entourés de myéline et s'arborisent également à leur extrémité. Pourtant le prolongement central conduit seul le courant nerveux dans le sens cellulifuge, de la cellule du ganglion dans la moelle épinière ; le prolongement périphérique conduit dans la direction cellulipète l'onde nerveuse au ganglion, c'est-à-dire les impressions tactiles, thermiques, etc., des surfaces cutanées et muqueuses du corps, des parenchymes des organes, des muscles, des articulations, etc. Ce prolongement périphérique nerveux ne résulte-t-il pas de la transformation d'un prolongement protoplasmique ? La comparaison de ce qui existe chez les invertébrés et chez les vertébrés, sinon l'ontogénie, permet d'incliner dans ce sens. Les nerfs sensitifs auraient été à l'origine de longs processus protoplasmiques, allant de la périphérie à leur cellule nerveuse d'origine ; peu à peu ils se seraient transformés en fibres nerveuses, tandis que le prolongement central aurait toujours été un *axone*. Aussi le principe de la conduction nerveuse cellulifuge serait encore vrai, même chez les *diaxones* apparents.

Cependant, valable pour les vertébrés, il ne le serait pas pour les invertébrés. Si l'hypothèse s'était vérifiée que, chez les invertébrés, tous les nerfs sensibles sont formés par les prolongements des cellules des sens (Sinneszellen), situées dans le revêtement extérieur du corps, on aurait été autorisé à admettre que toutes les cellules centrales de ces animaux étaient de nature motrice. On aurait ainsi pu soutenir que les prolongements des cellules centrales (Stammfortsätze), correspondant aux prolongements nerveux, conduisaient l'excitation dans le sens cellulifuge. Mais on a découvert de libres arborisations terminales de nerf de sensibilité dans l'épithélium externe non seulement chez les crustacés (Retzius), mais chez les vers (Smirnow), à côté des cellules sensibles de l'épiderme ; il a donc été nécessaire d'admettre, dans les organes du système nerveux central des invertébrés, des cellules de sensibilité, cellules d'origine des fibres qui se ramifient dans la peau. Il en est ainsi chez l'amphioxus (Retzius). Les ganglions spinaux font défaut ; les cellules sensitives siègent toutes dans la moelle. Il n'y aurait aucun doute ici : le prolongement nerveux reçoit l'onde d'excitation par ses arborisations et le transmet à la

cellule dans la direction *cellulipète*. Retzius vient de confirmer la découverte de Smirnow : à côté des cellules d'origine, qui envoient vers les ganglions centraux leur long prolongement cylindraxile, il existe bien, dans la cuticule des vers, de libres terminaisons nerveuses dont les cellules d'origine n'ont pas encore été trouvées. A la place d'une seule catégorie d'élémenfs nerveux (cellules de Lenhossék), il en existe donc deux dans l'épithélium de ces invertébrés. Retzius incline à admettre, par analogie avec ce qu'on observe chez les animaux supérieurs, que les libres terminaisons nerveuses de Smirnow sont de nature *sensitive*. Les cellules de Lenhossék pourraient appartenir à des organes des sens spéciaux, et seraient *sensorielles*, quoi qu'on les trouve disséminées partout dans la cuticule externe [1].

Il nous faut dire quelques mots à propos du rôle fonctionnel des *collatérales*, d'une hypothèse de von Lenhossék touchant les fonctions des *fibrilles latérales* des prolongements nerveux ou cylindraxiles. La fibre sensitive qui, d'une cellule d'un ganglion spinal pénètre dans la moelle épinière, y émet, outre des fibres à direction ascendante et descendante qui passent dans les cordons postérieurs, un grand nombre de fins ramuscules ou branches collatérales de même nature que le tronc dont elles sortent et qui se terminent par de libres arborisations dans la substance grise. Ce sont des appareils d'émission des stimuli sensitifs de la périphérie aux éléments nerveux de la moelle épinière. Grâce à ces collatérales, chaque cellule d'un ganglion spinal peut déployer son activité sur un domaine vraiment immense, car son prolongement axile n'agit pas seulement par sa terminaison ; il n'influence pas seulement les cellules avec lesquelles il sera en contact par son arborisation ultime : il agit encore sur toutes les provinces de la substance grise médullaire devant lesquelles il passe, durant son long parcours des racines postérieures aux noyaux des cordons postérieurs. Le prolongement nerveux des cellules mitrales présente des dispositions analogues. Caleja, qui est parvenu à suivre ce prolongement en tant qu'il prend part à la formation de la racine externe du nerf olfactif, a montré que les fibres de ce nerf se terminent, au moins en grande partie, dans la couche moléculaire ou superficielle de l'écorce. Or, pendant leur trajet, ces fibres émettent nombre de collatérales qui pénètrent dans la couche moléculaire et qui s'y arborisent tout à fait de la même manière que leurs nerfs d'origine ; il est donc de toute évidence que ces ramuscules ont la même fonction que la tige dont ils proviennent. De même que les prolongements nerveux des cellules mitrales, les fibres sensitives distribuent leurs stimuli aux cellules pyramidales dont les dendrites

[1] G. Retzius. — *Die Smirnow'schen freien Nervenendigungen im Epithel des Regenwurms*. Anat. Anzeiger, X, 1895, p. 117.

s'étendent dans les régions supérieures de l'écorce, elles entrent en contact avec ces ramures par les arborisations terminales de leur tige axile, et transmettent ainsi leurs courants nerveux cellulifuges.

Quant aux *fibrilles latérales du prolongement nerveux*, c'est-à-dire des ramuscules qu'èmet ce prolongement au sortir de la cellule d'origine, avant qu'il se soit encore entouré de myéline, von Lenhossék estime que, quoique ces fibrilles latérales soient morphologiquement analogues aux collatérales, elles doivent posséder d'autres fonctions, en beaucoup de cas au moins (p. 151) : ce seraient, non des appareils d'émission, comme les collatérales, mais des appareils de réception des stimuli (*Aufnahmeapparate von Reize*), et qui, principalement dans les phénomènes réflexes, joueraient un rôle important. Les fibrilles latérales des fibres motrices seraient donc de nature réceptrice (cellules de Purkinje, cellules pyramidales de l'ecorce cérébrale). Elles appartiendraient, avec les dentrites, à une même catégorie de prolongements à conduction cellulipète. Tel serait leur rôle physiologique. Ces *axodendrites* se pourraient comparer aux collatérales des cellules motrices unipolaires des invertébrés, lesquelles sont de vrais *paraxones*.

Mais, en dehors de ces fibrilles latérales des prolongements nerveux axiles, les principaux organes de réception des excitations nerveuses apportées dans les centres sont les surfaces des corps cellulaires et de leurs dendrites. Dans l'hypothèse de Golgi, qui expliquait les rapports physiologiques des fibres de sensibilité et de mouvement par les anastomoses reliant, dans son réseau nerveux diffus de l'écorce, les fibrilles émanées des prolongements nerveux moteurs avec celles des prolongements nerveux sensitifs ou sensoriels, les dendrites n'intervenaient pas comme éléments de l'arc réflexe : l'éminent histologiste leur refusait donc toute participation aux processus de conduction nerveuse, et il fut suivi par Martinotti, Sala et un grand nombre de disciples. Cajal, van Gehuchten, Retzius, von Lenhossék, et tant d'autres encore, s'élevèrent avec force contre cette doctrine. Kölliker lui-même a décidément admis, dans la dernière édition de son Traité, que les dendrites font partie des organes à fonction nerveuse. V. Lenhossék écrit : « Si les dendrites sont constitués par la même substance que le corps cellulaire de la cellule nerveuse, il n'y a pas de raison pour lui attribuer, au point de vue physiologique, d'autres propriétés que celles du protoplasma cellulaire (p. 136). » Comme celui-ci, les dendrites doivent pouvoir recevoir les effets et subir l'action des stimuli nerveux, et, comme cette action s'exerce à la surface de la cellule et de ses prolongements protoplasmiques, force est d'attribuer aux dendrites, en raison de l'énorme extension en surface de leurs ramifications, une importance très élevée dans « la réceptivité des excitations nerveuses ».

Les couches superficielles de l'écorce du cerveau et du cervelet, loin d'être, comme le pensait Golgi, privées complètement d'éléments nerveux, sont au contraire le siège d'amas considérables de cellules nerveuses et d'arborisations terminales de fibres nerveuses. Elles contiennent non seulement les dernières ramifications cylindraxiles des axones ascendants, celles les cellules de Martinotti (1890). celles qui proviennent d'autres territoires de l'écorce, les bouquets terminaux des cellules pyramidales, les cellules nerveuses de Cajal avec leurs arborisations et leurs prolongements nerveux souvent multiples, qui appartiennent à cette couche, etc. De même, dans l'écorce du cervelet, la couche moléculaire est jusqu'à sa surface traversée par des fibres parallèles découvertes par Cajal, c'est-à-dire par les prolongements nerveux les grains, où montent les ramures protoplasmiques des cellules de Purkinje, dont les dendrites sont en contact avec les prolongements nerveux d'autres éléments du cervelet. C'est pourtant dans ces régions de l'écorce où, suivant Golgi, se trouvaient surtout des vaisseaux sanguins et des éléments de la névroglie, mais pas d'éléments nerveux, que s'élevaient les ramifications protoplasmiques des cellules nerveuses pour y quêter les matériaux de la nutrition de leur corps cellulaire.

Dans un article sur l'*origine du quatrième nerf cérébral et sur un point d'histophysiologie générale qui se rattache à cette question* (*Arch. ital. de biol.*, XIX, 1893, p. 453 sq.; Cf. Lugaro, *Sur les cellules d'origine de la racine descendante du trijumeau. Ibid.*, XXIII, 1895, 78), à propos d'une espèce de cellules nerveuses centrales, globuleuses, à contours nets, de 60 à 80 μ, différant complètement du type général des cellules nerveuses centrales, puisque les prolongements dendritiques auraient fait complètement défaut, Golgi demandait ironiquement comment ces éléments, sans organes de réception des stimuli, pouvaient exercer leurs fonctions nerveuses. On aurait pu, avec Lenhossék, lui poser une question au moins aussi indiscrète : comment, avec le manque d'organes de nutrition, ces cellules adendritiques peuvent-elles se nourrir ? Après Deiters, Golgi rapprochait naturellement ces cellules d'origine du nerf pathétique, unipolaires, des cellules des ganglions cérébro-spinaux en général (ganglions intervertébraux, ganglions de Gasser, etc.). Quant à la question de savoir si l'unique prolongement de ces cellules, prolongement nerveux à revêtement myélinique, se comportait d'une manière identique à celui des cellules de ces ganglions, s'il présentait la division en deux rameaux à direction opposée, Golgi ne pouvait encore se prononcer à ce sujet. Pour Kölliker, au contraire, ces cellules globuleuses étaient de véritables cellules multipolaires; elles représentaient pour lui les cellules d'origine des fibres de la racine supérieure du trijumeau, racine motrice, comme en témoi-

gnent, dit-il, l'épaisseur des fibres et la grosseur des cellules (*Handb. der Gewebelehre des Menschen*, 1893). On conçoit quelle importance Golgi attachait à sa découverte. Les critiques fort vives qu'il dirigea, cette fois encore, contre la théorie de Ramon y Cajal et de van Gehuchten touchant la valeur fonctionnelle des prolongements protoplasmiques, édifient pleinement à cet égard. Il croyait avoir enfin trouvé, dans l'existence de ces cellules dénuées, suivant lui, de dendrites, un fait capable de ruiner la doctrine de la conductibilité nerveuse cellulipète des prolongements protoplasmiques, appareils de réception des courants nerveux dans la nouvelle école, alors qu'il continuait à considérer les dendrites comme des organes trophiques de la cellule nerveuse. En effet, si conformément au principe de la polarisation dynamique des éléments nerveux, la direction du courant, pour toutes les catégories de cellules nerveuses, ne va plus du prolongement cylindraxile à la cellule, mais du prolongement protoplasmique à la cellule, ce n'est rien de moins qu'une « révolution », disait expressément Golgi, dans la manière de considérer la signification des différentes parties du neurone. Or, si les appareils de réceptions, indispensables pour la théorie, font défaut ici, puisque voici des cellules centrales sans prolongements protoplasmiques, comment s'accomplira, à travers les neurones, le cycle des courants nerveux cellulipètes et cellulifuges? « Je ne peux me dispenser de faire observer, écrivait Golgi, que les cellules nerveuses spéciales dont j'ai reproduit plus haut une figure, et dont la principale caractéristique consiste dans l'absence de prolongements protoplasmiques, représentent, par rapport à la théorie de la polarisation dynamique, un véritable point d'interrogation. »

Le grand nom de Camillo Golgi imposait aux histologistes dissidents un examen approfondi du fait auquel le savant Italien attachait une si haute importance. Van Gehuchten, poursuivant ses recherches sur l'organisation interne du système nerveux de la truite, au moyen de la méthode de Golgi, a obtenu, imprégnées par le sel d'argent, dans un certain nombre de préparations, des cellules d'origine et des fibres radiculaires du nerf pathétique, ainsi que les éléments constitutifs de la racine supérieure et de la racine inférieure du trijumeau. Les cellules nerveuses du noyau d'origne du nerf pathétique sont bien des cellules unipolaires à prolongement nerveux unique. Quant aux cellules globuleuses voisines de la racine supérieure du trijumeau, racine motrice (Kölliker), elles sont unipolaires ou bipolaires. Des deux cellules de cette espèce, représentées dans des figures de van Gehuchten, l'une, unipolaire, est pourvue d'un prolongement unique très épais, d'où sortent, à une petite distance du corps cellulaire, quelques courts *prolongements protoplasmiques ascendants*; l'autre, bipolaire, outre son prolongement axile descendant, pos-

sède un *prolongement ascendant de nature protoplasmique.* Après avoir émis un certain nombre de collatérales, les prolongements cylindraxiles de ces deux cellules nerveuses pénètrent dans la racine périphérique du nerf de la cinquième paire. « Ces cellules, conclut van Gehuchten, sont donc pourvues de prolongements protoplasmiques et d'un prolongement cylindraxile. L'existence de prolongements protoplasmiques à ces cellules mérite d'être relevée d'une façon spéciale. Elle enlève toute valeur à l'objection formulée par Golgi contre la théorie de la polarisation dynamique des éléments nerveux. D'ailleurs l'existence, dans le système nerveux central, de cellules uniquement pourvues d'un prolongement cylindraxile, ne diminuerait en rien la valeur de la doctrine que nous avons émise avec Ramon y Cajal, vu que l'appareil de réception d'un élément nerveux est constitué à la fois par le corps cellulaire et par les prolongements protoplasmiques. » (Van Gehuchten. *De l'origine du pathétique et de la racine supérieure du trijumeau*, 1895.)

Les dendrites participent donc bien à la transmission des processus nerveux. Dans le bulbe olfactif, les arborisations des fibres olfactives n'entrent jamais en contact avec le corps cellulaire des cellules mitrales : elles s'arborisent dans les glomérules, au milieu des ramifications des dendrites descendant des cellules mitrales : ces dendrites reçoivent donc bien directement l'onde nerveuse apportée par les fibrilles olfactives (Cajal). Nous savons que les mêmes rapports existent entre les arborisations centrales des fibres optiques et les ramifications protoplasmiques des cellules du lobe optique des oiseaux qui emportent vers l'écorce les excitations lumineuses (Van Gehuchten). Enfin, nous avons vu que les prolongements axiles des cellules mitrales du lobe olfactif, au moins ceux de la racine olfactive externe, s'arborisent dans les couches superficielles des territoires corticaux, là où montent précisément les faîtes des bouquets dendritiques des cellules pyramidales, de manière que ces prolongements protoplasmiques peuvent seuls recueillir les stimuli olfactifs (Calleja). Ajoutons, avec von Lenhossék, qui attache avec raison à ce fait une importance décisive, que dans beaucoup de cellules nerveuses le prolongement nerveux axile ne sort pas directement du corps de la cellule, mais d'un des rameaux de ses dendrites souvent fort éloignés, observation qui n'avait pas échappé à Deiters, et qu'ont bien étudiée Kölliker, Cajal et van Gehuchten; elle implique qu'entre le corps cellulaire et ses dendrites il n'existe point de différence quant à la nature anatomique et fonctionnelle du protoplasma.

Des mouvements moléculaires inconnus, des transformations chimiques, s'accomplissant dans les parties élémentaires de ce protoplasma, représentent sans doute les processus matériels qui, suivant von Lenhossék, auraient lieu parallèlement à « l'événement psychique », et cela sous la forme d'un « mouvement se propa-

geant sous la forme d'onde » (p. 140). Dans le protoplasma de la cellule nerveuse coexistent à la fois les conditions de la *conduction* nerveuse et de l'activité automatique ou de la *fonction nerveuse*; la substance du prolongement nerveux axile n'est qu'un organe de *transmission*.

Von Lenhossék se range donc du côté de Ramon y Cajal, de Kölliker, de van Gehuchten, de Retzius, etc., de tous ceux qui croient les dendrites impliqués dans l'exercice des fonctions nerveuses du neurone. Il admet également la doctrine de la polarité dynamique des cellutes nerveuses, principe établi d'abord par van Gehuchten (1891), puis par Cajal (1891) et adopté par Retzius (1893). Mais il ne croit pas que la direction du courant nerveux soit cellulipète dans tous les dendrites, sans exception, même chez ceux qui appartiennent à des cellules d'une autre catégorie que celle des *monaxones*. Dans les cellules multipolaires et sans prolongement nerveux apparent, telles que les grains du lobe olfactif, les amacrines de la rétine, les prolongements dendritiformes ne doivent pas être considérés comme des prolongements protoplasmiques typiques, mais comme des formations neuraxiques modifiées. Peut-être l'étude de ces prolongements, par d'autres méthodes de coloration, par celle de Nissl, permettra-t-elle de les rattacher au type structural des prolongements nerveux.

Sur un autre point encore von Lenhossék s'écarte de Ramon y Cajal et de van Gehuchten. La pensée de ces savants, relativement aux dendrites, est évidemment que l'ordre et la disposition de ces ramifications sont en rapport avec les associations fonctionnelles des cellules nerveuses auxquelles elles sont indispensables pour le mécanisme des processus nerveux, et que ce mécanisme est précisément adapté à cette fin. Von Lenhossék estime, au contraire, que la cause déterminante du nombre et de la forme des dendrites n'est pas toute dans les rapports d'association fonctionnelle des neurones entre eux. Certes, beaucoup de dendrites servent de voies de conduction aux ondes nerveuses et dans la direction indiquée: c'est un fait qui ne souffre aucun doute. Mais les dendrites doivent servir encore à autre chose.

Von Lenhossék expose son idée à se sujet dans son *Hypothèse des rapports fonctionnels des cellules nerveuses entre elles* (p. 142-3). Et d'abord, si les dendrites n'avaient d'autre fonction que celle d'associer les neurones, les contacts nécessaires entre les éléments nerveux auraient pu avoir lieu sans un tel luxe de ramifications, qui paraît à l'auteur vraiment excessif dans certaines régions du névraxe, dans celles où l'on trouve les cellules de Purkinje et les cellules mitrales en particulier. « A quoi servent, écrit von Lenhossék, les dendrites si énormément nombreux des cellules de la moelle épinière, alors que les fibrilles latérales du prolongement nerveux, ainsi que nous croyons l'avoir démontré, suffisent déjà en partie pour la récep-

tion de l'excitation ; un nombre moindre de dendrites n'aurait-il pas été suffisant ? C'est déjà une réflexion qu'a faite Kölliker (*Gewebelehre*, 6ᵉ édit., II. 127). » Von Lenhossék suppose donc que la cause véritable, déterminante, du type des dendrites serait celle-ci. Du fait de l'exubérance des ramifications de la plupart des cellules nerveuses, chaque cellule peut entrer en contact avec un nombre considérable de fibrilles nerveuses de provenance et de genre différents ; comment, avec des contacts aussi multipliés, des conductions isolées qui ne doivent résulter que de certains contacts déterminés, sont-elles possibles? C'est ce qu'il est difficile de dire. On est ainsi amené à penser que la substance du protoplasma cellulaire, y compris celle des dendrites, n'est pas d'une manière générale également excitable par toute excitation, mais que ses qualités propres de réaction sensible sont réglées de telle manière qu'elles ne répondent qu'à certaines formes déterminées d'excitation. « La cellule est pour ainsi dire accordée pour des excitants déterminés » ; des nombreux contacts auxquels sa surface est exposée, quelques-uns seulement seraient fonctionnellement efficaces ; ses molécules ne pourraient être mises en vibration, à la manière d'un résonateur, que par les états d'innervation de quelques-unes des nombreuses espèces de fibres qui entrent en contact avec elle. Cette « correspondance fonctionnelle » aurait sa raison d'être dans certaines propriétés de structure interne; dans certains rapports d'équilibre et d'arrangement moléculaires. Quoi qu'il en soit, cette hypothèse s'accorderait au mieux, suivant von Lenhossék, avec les phénomènes du développement psychique, de la vie psychique elle-même (Seelenleben) : dans le passé, on pourrait admettre pour les « connexions fonctionnelles » un développement progressif; plus tard, elles fourniraient un substratum pour la liaison de nouvelles associations résultant des contacts fonctionnels demeurés jusque-là inactifs. Il serait ainsi inutile de supposer que la production de nouvelles associations dans les sphères psychiques provoque, comme processus matériel parallèle, la formation de nouvelles ramifications dendritiques, condition anatomique de nouveaux points de contact.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés officiers d'académie, MM. les Drs Antheaume et Dagont.

RECUEIL DE FAITS.

PERTE INTERMITTENTE DE LA VISION BILATÉRALE CHEZ UNE HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUE ;

Par le Dr H. MABILLE,

Directeur-médecin de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure).

Une demoiselle A..., âgée actuellement de quarante-deux ans, est entrée à diverses reprises à l'asile de Lafond, pour troubles mentaux consécutifs à des crises nerveuses. J'ai pu, de cette façon, l'observer pendant plus de dix ans.

Sa première admission date de l'année 1886, mais son affection remonte à l'année 1882. C'est à partir de cette époque qu'elle a été atteinte de crises à forme hystéro-épileptique. Sa mère a été aliénée; c'est le seul renseignement précis qu'il m'a été possible de me procurer concernant ses antécédents héréditaires.

En mars 1886, la malade accuse des troubles consistant en suffocations, douleurs de tête avec clou, sensation de boule, pylorisme et œsophagisme. Elle présente de l'hémianesthésie droite avec hyperesthésie gauche, et, dès les premiers jours de son admission, elle est atteinte d'une série de crises nerveuses que la compression de l'ovaire réussit à arrêter pour quelques instants.

A la suite de ces crises, la malade a le caractère difficile; elle se lamente, a des accès de larmes suivis d'accès de rire incoercible. Les crises deviennent de plus en plus fréquentes et des vomissements répétés surviennent. Tout traitement venant à échouer, un matin la malade fut avertie que son état nécessitera son placement dans le pavillon des malades excitées.

A partir de cette époque, les crises nerveuses disparaissent, les vomissements s'arrêtent et, en octobre 1886, la sortie peut être tentée. Mais, après quelques mois de calme dans la famille, les crises reparaissent, et depuis cette époque, bien que plusieurs sorties aient été essayées, tous les procédés de traitement ont complètement échoué contre l'affection.

Il n'y a pas lieu de s'attarder à décrire les légères anomalies de conformation cranienne de la malade et on peut résumer son histoire pendant les premières années en disant qu'elle a présenté des crises revenant par intervalles irréguliers, principalement au mo-

ment des époques, et des périodes d'excitation cérébrale suivies de dépression avec tendances au suicide. Mais il faut néanmoins insister sur ce fait que les crises de la malade sont de deux sortes : les crises épileptiques proprement dites et les crises hystéro-épileptiques, avec le cortège habituel des manifestations de l'hystéro-épilepsie.

Ainsi elle tombe en poussant un grand cri, et l'accès épileptique se déroule ; le réveil se produit au bout de quelques minutes. L'amnésie est absolue. Ces crises surviennent plusieurs fois par jour, principalement au moment des époques, et ne sont pas arrêtées par la compression ovarienne. Tantôt, au contraire, elle est prise de suffocations avec boule; puis le grand accès d'hystérie majeure se produit avec toutes les phases ordinaires, telles qu'arc de cercle et accidents hallucinatoires, zoopsie, visions de fleurs, etc. Ces grandes crises, que la compression ovarienne suspend parfois pour un instant, durent souvent plusieurs jours. Souvent aussi elles sont précédées ou suivies d'amnésie, d'ischurie.

A la suite de ces crises, la malade est souvent atteinte d'*aphasie* qui persiste des semaines entières. Cette aphasie et parfois aussi la *paraplégie*, qui succèdent aux crises, disparaissent brusquement.

L'état d'*anorexie avec vomissements répétés* se prolonge aussi parfois des mois entiers, et rien n'a paru plus surprenant que de voir une fois de plus la résistance de certaines hystériques au défaut presque absolu d'alimentation. Mais tous ces accidents sont toujours survenus à la suite d'une sorte d'état de mal hystéro-épileptique, sans aucune manifestation fébrile, et il est devenu bien souvent impossible de faire la part des accidents imputables à l'hystérie ou à l'hystéro-épilepsie.

Les troubles de la sensibilité ont néanmoins subi quelques modifications.

Ainsi, en mai 1896, l'hémianesthésie siège à gauche, tandis qu'autrefois elle siégeait à droite; elle est complète à la piqûre, au froid et à la chaleur. A cette même époque, on note une zone d'hyperesthésie sus-mammaire et ovarienne gauche, et une zone douloureuse à l'angle inférieur de l'omoplate gauche. A cette même date, le goût et l'odorat sont un peu diminués, mais l'acuité visuelle et auditive est normale. De même pour les réflexes, la force musculaire est cependant sensiblement diminuée à droite. Toutefois le champ visuel présente un rétrécissement très net pour le blanc ainsi que pour le rouge et le vert.

L'analyse des urines dénote un défaut d'élimination, sans inversion de la formule des phosphates (examen fait après les crises épileptiques.)

Cet ensemble de symptômes permet d'affirmer que la malade est atteinte d'hystéro-épilepsie avec manifestations isolées d'accidents

épileptiques et d'accidents hystéro-épileptiques, comme cela se produit d'ailleurs assez fréquemment chez les malades de cette catégorie.

Si j'ai tenu à insister sur les signes cliniques de la maladie, c'est que le diagnostic lui-même permet de rapporter à l'hystérie majeure les troubles de la vision qui constituent le point particulier de l'observation que j'ai l'honneur de présenter. En effet, la malade, à quatre reprises différentes, dans un espace de cinq années, à la suite de périodes convulsives, est restée pendant une douzaine de jours consécutifs *privée de l'usage de la vue*. Les paupières supérieures étaient tombantes, les pupilles dilatées et sans réaction à la lumière, l'axe des yeux était dévié en dedans.

L'*amaurose était double*, absolue, et se manifestait ordinairement en même temps que les troubles aphasiques dont j'ai parlé plus haut, en même temps aussi que l'anesthésie totale, d'une façon brusque.

Notre honoré collègue de la Société de médecine de la Rochelle, le docteur Prioux, visitant un jour mon service, a pu observer la malade pendant une de ces *attaques d'amaurose*. Il a pu, de plus, avec sa compétence toute spéciale, examiner le fond de l'œil de la malade et n'a constaté aucune lésion sensible à l'ophtalmoscope.

Il s'agit donc, dans le cas étudié, d'une perte bilatérale intermittente de la vision survenant à la suite de crises hystéro-épileptiques et disparaissant assez brusquement après une durée indéterminée. Je crois aussi pouvoir relier cette amaurose à la même cause que les accidents décrits au début de cette observation, à la même cause que les paralysies passagères, l'ischurie, l'anurie, l'aphasie, les hémianesthésies ou les anesthésies variables, c'est-à-dire à l'hystérie majeure.

Et si j'ai cru devoir relater brièvement ce cas de perte intermittente de la vision bilatérale chez une hystérique, c'est qu'il me semble constituer presque une rareté clinique.

« La dyschromatopsie de telle ou telle manière fera place chez celle-ci tout à coup à l'achromatopsie complète, dans le temps où, placée sous le coup de l'accès prémonitoire, elle est menacée d'une attaque convulsive, et disparaîtra après l'attaque aussi vite qu'elle s'est produite.

« Une amaurose absolue, portant sur les deux yeux, pourra aussi s'établir momentanément à la suite de l'attaque (obs.

de Lé...)[1], en même temps que l'anesthésie, dépassant ses limites habituelles, aura envahi toute l'étendue du corps. Il peut également arriver que l'amaurose monoculaire ou la cécité complète se développera spontanément, brusquement ou progressivement, sans avoir été précédée par l'orage convulsif (obs. de Mar.) [2]. En somme, l'amaurose complète portant sur les deux yeux est dans l'hystérie un fait relativement rare. Briquet ne l'avait rencontrée que trois fois[3]. Il cite comme des faits exceptionnels les cas relatés par Pomme, Allègre, Landouzy. Au contraire, la dyschromatopsie, l'achromatopsie et même l'amaurose complète d'un œil, celui qui correspond au côté où siège l'hémianesthésie, sont des phénomènes presque vulgaires. »

Ainsi s'exprime Charcot qui ne l'a guère observée plus souvent que Briquet (voir *Leçons cliniques* sur les troubles de la vision chez les hystériques), et comme le dit encore ce maître éminent, ces troubles de la vision, sans lésion appréciable du fond de l'œil, relèvent de troubles dynamiques, du carrefour sensitif, soit de troubles dynamiques affectant les fibres qui traversent ce carrefour, soit, comme je suis porté à le croire, sur leur prolongement à la surface du cerveau. »

Quoi qu'il en soit de cette explication rendue bien plausible par l'étude des troubles similaires observés chez les personnes atteintes de lésions en foyer, il ne paraît pas inutile de rappeler, en terminant, que l'amaurose bilatérale est toujours survenue chez cette malade, en même temps que l'anesthésie généralisée, à la suite de cette sorte « d'état de mal hystéro-épileptique » dont j'ai parlé plus haut, et qu'elle a disparu brusquement au même titre que les paralysies diverses et les troubles aphasiques dont elle a été fréquemment atteinte[4].

[1] Bourneville. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie*, p. 137, 145 et 165.

[2] Voir l'observation complète dans Bourneville et Regnard. — *Iconographie de la Salpêtrière*, t. I, p. 129, 151.

[3] Briquet. — *Traité de l'hystérie*, p. 293.

[4] Voir aussi le mémoire de D'Olier, intitulé : *De la coexistence de l'hystérie et de l'epilepsie avec manifestations distinctes des deux névroses, hystéro-épilepsie à crises distinctes, considérées dans les deux sexes et en particulier chez l'homme*, mémoire qui renferme plusieurs observations que nous lui avons communiquées. B.

TRAITEMENT PRÉVENTIF ET CURATIF DES ESCHARES DES ALIÉNÉS ;

Par le Dr ALEXANDRE PÂRIS,
Médecin en chef de l'asile de Maréville-Nancy.

Voici un accident dont la pathogénie de prime abord assez simple n'est cependant pas encore complètement élucidée. Résultat de troubles trophiques pour les uns, de compression pour d'autres, etc., etc., l'eschare des régions fessières, sacrée ou trochantériennes, me semble due, le plus souvent, à deux causes principales assez nettement mises en relief par le succès du traitement préventif et curatif que cette note a surtout pour objet de signaler.

Me basant sur ce que l'aspect des parties molles menacées de devenir le siège d'une eschare est parfois d'abord assez analogue à celui de la surface d'une brûlure au premier degré, sur les particularités offertes à un examen attentif par le pourtour d'une eschare, je me suis dit qu'un pansement au liniment oléo-calcaire accélérerait très probablement la cicatrisation des vastes et profondes eschares du sacrum : 1° en empêchant, mieux que les autres pansements, les liquides stercoraux et urinaire d'arriver en contact avec la plaie ou la peau avoisinante, 2° en supprimant d'une façon complète l'arrivée de l'air sur la plaie ou sur les bords, 3° par neutralisation des liquides acides qui pourraient compromettre la cicatrisation, 4° par suppression de tout phénomène douloureux, démangeaison, etc.

Par l'application sur la plaie et sur la peau environnante, dans une assez grande étendue, d'une épaisse couche de coton bien arrosée de liniment oléo-calcaire, j'ai obtenu, en effet, la cicatrisation rapide de larges eschares que les autres modes de traitement habituellement usités ne modifiaient que fort lentement. Je suis arrivé bientôt à prescrire l'application de ce pansement, après soins locaux de propreté bien entendu, sur toute rougeur de la peau constituant une menace d'eschare, chez les paralytiques, les gâteuses débiles, etc., et, depuis plusieurs années, ce genre de plaie a presque totalement disparu de mon service.

Il va sans dire que le succès est d'autant plus certain que la stagnation des liquides stercoraux et urinaire est mieux évitée ; aussi est-il bon de donner aux malades menacés un matelas percé permettant de placer une petite paillasse directement sous le siège du pansement; la paillasse assure mieux l'écoulement des liquides que le matelas ou le coussin à eau.

Je crois, en face des résultats que m'a donnés ce pansement, que les liquides stercoraux et urinaire exercent, dans beaucoup de cas, sur la peau ou sur les eschares de nos paralytiques ou de nos malades atteintes de misère physiologique une action irritante, corrosive en quelque sorte, analogue à celle de la clématite sur la jambe du vagabond qui exploite l'ulcère variqueux. Les phénomènes de compression n'auraient bien souvent qu'un rôle tout à fait accessoire dans la pathogénie de l'eschare, qui serait presque toujours le résultat de l'action de liquides irritants sur une surface molle préparée par quelque trouble trophique ou rendue particulièrement fragile par la misère physiologique.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

LVII. Recherches expérimentales sur les altérations artificielles et cadavériques du système nerveux central et périphérique; par le Dr P. Sfameni. (*Lo Sperimentale* et *Archiv. di biologia*, f. 1, 1897.)

Les travaux publiés sur ce sujet par Schulz, Charcot, Leyden étaient insuffisants ou entachés d'erreurs, parce que leurs auteurs n'avaient examiné qu'une partie du système nerveux et chez des sujets humains morts d'affections aiguës ou infectieuses, et qu'ils n'avaient tenu compte, dans leurs résultats, ni des différences de température, ni des différences de durcissement des coupes. Sfameni décrit minutieusement la méthode et les procédés qu'il a suivis pour éviter les incertitudes de ses devanciers. Il a opéré sur des lapins sacrifiés en bonne santé. Aussitôt après la mort, les animaux étaient placés dans une étuve à 22°, d'où ils étaient retirés,

les uns après quatre, huit, douze... heures jusqu'à cinquante-six heures, d'autres après un séjour de huit, seize, vingt-quatre heures. Aussitôt retirés de l'étuve, les pièces du système nerveux, isolées, étaient plongées dans le liquide durcissant, tantôt le liquide de Müller, tantôt l'alcool absolu. Chez quelques sujets, le système nerveux a été isolé et plongé dans le liquide durcissant aussitôt après la mort. L'auteur a ensuite effectué *plusieurs milliers* de coupes (exactement 6.555 préparations), en séries de 20 à 100, sur les différentes parties du système nerveux (cerveau, cervelet, bulbe, moelle épinière, nerfs périphériques, terminaisons nerveuses). Après avoir décrit toutes ses expériences et classé leurs résultats pour chaque organe examiné, il développe les conclusions suivantes :

a). *Altérations artificielles.* — Dans le cerveau et le cervelet, il se produit des vacuoles dans le protoplasma des cellules, de la tuméfaction hyaline du protoplasma et quelquefois la destruction du noyau. Le même phénomène se manifeste dans les cellules des ganglions intervertébraux. Dans le bulbe et la moelle épinière, il existe un état vacuolaire à la périphérie des cellules. Dans tous les organes nerveux on observe la présence de corpuscules amylacés. Dans les nerfs périphériques, la myéline se présente sous la forme de granulations disposées autour du cylindraxe.

b). *Altérations cadavériques.* — Désagrégation granuleuse et raréfaction graduelle du protoplasma et du noyau dans toutes les cellules nerveuses et névrogliques. Les fibres nerveuses, d'abord dans la moelle épinière et le bulbe, plus tard dans le cerveau et le cervelet, augmentent de volume par gonflement de la myéline; le cylindraxe se fragmente et tombe ensuite en dégénérescence granuleuse. Dans les nerfs périphériques, on voit l'état vacuolaire, une légère tuméfaction des fibres par gonflement de la myéline et dégénérescence granuleuse des cylindraxes. Dans la moelle épinière on rencontre en outre une chute partielle ou totale de l'épithélium de revêtement du canal central; les cellules épithéliales, noyau et protoplasma, se colorent mal. Dans les terminaisons nerveuses, on observe la fragmentation des cylindraxes dont les extrémités se trouvent remplacées par des amas de grosses et petites granulations.

c). *Altérations artificielles et cadavériques concomitantes.* — Formation de l'*état criblé* dans les substances nerveuses du cerveau, du cervelet et du bulbe. Tuméfaction hyaline des cellules nerveuses de la moelle épinière.

Cette étude consciencieuse, accompagnée de dessins à la chambre claire, justement honorée d'un prix de l'Académie de Bologne, est du plus haut intérêt; mais avant d'affirmer qu'elle comble les lacunes et redresse les erreurs des Schulz, des Charcot,

des Leyden, qui ont expérimenté sur les tissus nerveux de l'*homme*, peut-être serait-il bon de se souvenir qu'elle porte uniquement sur les tissus nerveux du *lapin*. R. CHARON.

LVIII. ATROPHIE UNILATÉRALE DU CERVELET ET SYMPATHICOTOMIE POUR ÉPILEPSIE; par le Dr LANNOIS. (*Soc. des Sc. méd. de Lyon*, mars 1898.)

Un épileptique à crises fréquentes fut opéré par M. Jaboulay, qui fit l'extirpation des deux ganglions sympathiques supérieurs. Après l'opération, les crises furent aussi fréquentes, et le malade succomba quatre jours après en état de mal.

Autopsie. — Congestion des méninges. — *Atrophie du lobe gauche du cervelet*, réduit au volume d'un œuf de pigeon, de consistance très dure, avec épaississement des méninges. La substance grise est complètement atrophiée, la substance blanche est mieux conservée. Cette atrophie ne s'est caractérisée par aucune lésion permettant de songer à une lésion du cervelet. Dr DEVAY.

LIX. UN CAS D'OSTÉITE DÉFORMANTE DE PAGET. INTERPRÉTATION DES LÉSIONS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par Léopold LÉVI. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1897.)

Observation clinique suivie d'autopsie et d'examen histologique de la plupart des organes, en particulier de la moelle épinière et des os. Il s'agit d'une femme de soixante-deux ans, sans hérédité, chez qui s'est développée progressivement une ostéite déformante de Paget à évolution lente et qui succomba à une cardiopathie compliquée de tuberculose pulmonaire et péritonéale. Comme particularités de ce cas, l'auteur signale : la symétrie croisée des lésions osseuses (humérus gauche, radius droit, fémur droit, péroné gauche); l'intégrité des tibias et des clavicules qui sont généralement atteints; la participation des altérations aux épiphyses; l'absence de symptômes cliniques d'ordre nerveux (hormis la douleur localisée au niveau des os atteints, l'affaiblissement intellectuel, la perte des urines et des matières et le nystagmus binoculaire); les lésions médullaires qui peuvent se résumer ainsi : sclérose pseudo-systématique d'origine vasculaire à prédominance sur les faisceaux de Goll et les faisceaux pyramidaux. La discussion du cas et sa comparaison avec ceux de Gilles de la Tourette et Marinesco conduisent l'auteur à admettre qu'il n'y a pas lieu d'établir de relation entre les lésions de la moelle épinière et l'ostéite déformante de Paget. Il ne s'agirait dans l'espèce que d'une coïncidence, et l'on pourrait seulement se demander si les lésions vasculaires et osseuses ne sont pas sous la dépendance du même trouble dystrophique d'origine inconnue. R. C.

LX. Sur un cas d'hémisection traumatique de la moelle (*Syndrome de Brown-Sequard*) ; par F. Raymond. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1897, nos 1, 3 et 5.)

Leçon magistrale qui embrasse non seulement l'analyse critique d'un cas très intéressant d'*hémisection traumatique de la moelle*, mais encore l'histoire clinique complète de cette lésion peu fréquente et les enseignements qui s'en dégagent au triple point de vue de la *physiologie*, de la *médecine légale* et de la *clinique pure*.

Observation. — Jeune homme de vingt-huit ans. Reçoit deux coups de couteau dans la région dorsale. Les deux blessures siègent immédiatement à *gauche* de la ligne dorsale, l'une au niveau de la septième vertèbre cervicale, l'autre au niveau de la première dorsale. Il s'ensuit un ensemble de troubles dont l'évolution a été suivie pendant près d'une année et dans lesquels on trouve, avec toute la netteté d'une expérience de laboratoire, tous les éléments primordiaux et secondaires du *syndrome de Brown-Sequard :* A. Du côté de la lésion, à gauche : *Hémiplégie motrice, hyperesthésie cutanée, anesthésie profonde, paralysie vaso-motrice, exagération des réflexes tendineux.* — B. Du côté opposé, à droite : *Anesthésie superficielle complète, conservation de la sensibilité profonde.* — *C. Paralysie de la vessie et du rectum.*

Le maitre passe en revue un certain nombre d'exemples d'hémisection traumatique de la moelle et les groupe en différentes catégories selon le siège de l'hémisection et les troubles sensitivo-moteurs consécutifs. Il en déduit quatre types. *Premier type :* Paralysie motrice limitée au membre inférieur; troubles sensitifs ne remontant pas jusqu'à la racine des membres inférieurs. Siège de la lésion : au dessous de la neuvième vertèbre dorsale. — *Second type :* Paralysie motrice et troubles sensitifs remontant au-dessus de la racine des membres inférieurs et empiétant plus ou moins sur le tronc. L'hémisection intéresse la moelle à un niveau qui correspond aux vertèbres moyennes et supérieures. — *Troisième type:* Les membres supérieurs et le thorax participent aux troubles sensitivo-moteurs qui se compliquent fréquemment de manifestations en rapport avec une paralysie du grand sympathique cervical et du nerf phrénique. La lésion médullaire siège au dessus de la sixième vertèbre cervicale. — *Quatrième type :* Les troubles sensitivo-moteurs envahissent toute une moitié du corps, nuque et cou compris jusqu'à la face. La lésion intéresse la moelle dans sa partie supérieure, immédiatement au-dessous de la protubérance occipitale.

De cette revue critique découlent quelques déductions pratiques importantes : A. au point de vue clinique et pour se guider dans le diagnostic, le pronostic et le traitement, on doit retenir :

1° Qu'au début, dans les premières heures qui suivent le traumatisme, les phénomènes de compression peuvent prédominer sur les symptômes de l'hémisection (paralysie motrice bilatérale), par suite de la formation d'épanchement sanguin dans le canal rachidien, et qu'en présence d'une blessure pénétrante siégeant le long du rachis, il ne faut point se hâter de nier l'hémisection de la moelle, quels que soient les symptômes cliniques observés; 2° qu'en général toute intervention chirurgicale, hémostase, suture, est contre-indiquée; 3° que si le praticien doit être très réservé au point de vue du pronostic de l'hémisection de la moelle, il ne doit point déclarer son malade voué à une mort certaine. Si la lésion intéresse la partie supérieure du rachis, une issue fatale est vraisemblable, mais non certaine. Si la lésion siège au-dessous de la cinquième vertèbre cervicale, le blessé a les meilleures chances de s'en tirer, « à condition qu'il ne tombe pas entre les mains d'un opérateur empressé de faire de la chirurgie médullaire quand même ». — Au point de vue de la médecine légale, il faut se souvenir qu'on se trouve non seulement en présence d'une victime, mais aussi d'un coupable, dont le châtiment pourra être fixé par l'enquête médicale. On ne saurait donc trop se méfier d'appréciations pronostiques trop sévères. Il ne faut point dire : « Un homme qui a la moitié de la moelle sectionnée est un homme paralysé pour le restant de ses jours, » mais bien : « Dans la très grande majorité des cas, une amélioration progressive, plus ou moins rapide, se produit dans les troubles sensitivo-moteurs consécutifs à une hémisection traumatique de la moelle; cette amélioration peut aller jusqu'à la *guérison définitive.* » — C. Considérations anatomo-physiologiques, appuyées de figures schématiques, sur le mécanisme des principaux éléments du syndrome de Brown-Sequard, dont les plus intéressantes se rapportent à l'hémianesthésie croisée. Dans l'état actuel des connaissances histophysiologiques, ce symptôme ne saurait s'expliquer que par l'une ou l'autre des deux hypothèses suivantes: ou bien les collatérales sensitives qui subissent la décussation dans la commissure postérieure, non seulement suffisent à assurer la transmission des impressions sensitives à travers la moelle, mais *seules* elles sont chargées de cette transmission, ou bien cette hémianesthésie croisée, au lieu d'être la conséquence directe de l'interruption des conducteurs sensitifs, ne serait que l'effet d'actions à distance, dynamogéniques, comme par exemple une action d'inhibition s'exerçant sur les centres de la perception. R. CHARON.

LXI. DES RAPPORTS DE LA STATION HANCHÉE AVEC LA SCOLIOSE DORSALE PRIMITIVE DES ADOLESCENTS; par Paul RICHER. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1897.)

Contribution à l'étude des attitudes en tant que causes de défor-

mations, et moyens curatifs de déformations. L'auteur résume l'exposé du mécanisme et de la morphologie de la station hanchée, et il démontre, avec photographies à l'appui, qu'il se produit dans cette station une véritable scoliose physiologique, que, chez les scoliotiques, la déformation pathologique est exagérée lorsque le malade *hanche* du côté de la déformation, et corrigée lorsque le malade hanche du côté opposé à la déformation De cette observation il est permis de conclure que : 1° la station hanchée trop souvent répétée du même côté peut être chez les enfants une cause de déformation scoliotique; 2° que l'attitude hanchée du côté opposé à la déformation prolongée et répétée peut être un moyen de traitement efficace dans les scolioses. R. C.

LXII. Ramollissement du noyau lenticulaire et de la capsule interne; Anosmie du coté opposé; par M. Pehu, interne des hôpitaux de Lyon. (Société des sciences méd. de Lyon.)

Une malade avait présenté une hémiplégie gauche, une hémianesthésie complète du même côté, une hémianopsie latérale gauche, et une abolition de l'ouïe du même côté. Par contre l'odorat était plus affaibli du côté opposé à l'hémianesthésie. A l'autopsie, en outre des lésions de la néphrite chronique pour laquelle la malade était entrée à l'hôpital, on a trouvé un ramollissement cérébral intéressant le noyau lenticulaire et la capsule interne; l'écorce était, par contre, respectée. Il semble ainsi démontré qu'une lésion capsulaire peut produire l'hémianopsie au même titre qu'une lésion des radiations optiques ou du lobe occipital du même côté.

D[r] F. Devay.

LXIII. Lésions de la moelle épinière dans un cas de diabète sucré; par les D[rs] Souques et Marinesco.

Des coupes minces de la moelle d'une femme diabétique, morte dans le marasme, ont montré après coloration par la méthode de Weigert-Pal, dans les deux cordons postérieurs, une zone pâle à forme triangulaire dont la base est dirigée vers la périphérie et le sommet vers la commissure postérieure.

La pâleur de cette zone relève d'une part de la finesse des fibres nerveuses à ce niveau et, d'autre part, de la disparition de quelques-unes d'entre elles, cette zone se montre aux régions lombaire et dorsale avec la même forme : dans la région cervicale, elle paraît double dans chaque cordon postérieur.

Cette dégénérescence des cordons postérieurs rappelle, dans son aspect général, la dégénération ascendante consécutive à la section des racines postérieures, envisagée au-dessus de la racine sectionnée.

A aucun niveau il n'y avait de lésion certaine des racines postérieures : un peu d'atrophie des cellules de la corne antérieure.

C'est vraisemblablement dans une intoxication d'ordre glycosurique qu'il faut rechercher l'origine de ces lésions dans certains cas de diabète sucré.

En somme, la moelle peut être altérée dans certains cas de diabète sucré, soit isolément, soit en même temps que le système nerveux périphérique. Les lésions médullaires portent isolément ou simultanément sur les cordons blancs, particulièrement sur les cordons postérieurs, et sur la substance grise, spécialement sur les cellules des cornes antérieures. Ces lésions paraissent déterminées par les substances toxiques qui circulent dans le sang de certains diabétiques. Elles constituent, sans doute, dans plusieurs cas le substratum anatomique du signe de Westphal. (*Revue neurologique*, mai 1897.) E. B.

LXIV. De la substitution musculaire; par le professeur Thomayer.

Les deux observations rapportées par l'auteur montrent que dans quelques cas de paralysie de certains muscles le sujet arrive à substituer au muscle paralysé l'action de muscles sains.

Dans le premier cas il y avait paralysie complète du muscle deltoïde des deux côtés, muscle dont la fonction est d'élever les bras, de les porter en avant et en arrière. Ces mouvements étaient cependant possibles, d'une manière très restreinte, il est vrai, parce que d'autres muscles, qui ont leur insertion à l'omoplate, se substituaient par leur action au deltoïde paralysé.

Dans le second cas, il s'agissait d'une névrite traumatique du plexus brachial suivie de l'atrophie de quelques muscles. Le deltoïde surtout était pris. Le malade ne pouvait exécuter tous les mouvements dépendants de ce muscle ; il mettait seulement les bras en avant, ce qu'il exécutait au moyen du grand dentelé et du trapèze, comme le premier malade. Il semble que le hasard se soit chargé d'apprendre aux malades à substituer à leurs muscles paralysés l'action d'autres muscles. (*Revue neurologique*, mars 1897.) E. Blin.

LXV. Etude sur le trajet des fibres exogènes de la moelle épinière ; par le professeur Donetti.

Les opinions sont très diverses à propos du trajet dans la moelle des fibres des racines postérieures, et les expériences faites dans ce sens par les différents observateurs se contredisent et donnent lieu à des interprétations très différentes.

Des expériences de l'auteur, dans lesquelles il s'est efforcé d'écarter toute cause d'erreur, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Par la section des racines postérieures on obtient une dégénérescence ascendante et descendante; — 2° le faisceau ascendant dégénéré constitue un faisceau plus volumineux qui occupe la zone de Lissauer et la zone radiculaire postéro-interne : dans cette dernière la dégénérescence diminue à mesure que l'on monte; — 3° Il n'y a de dégérescence ni dans la zone radiculaire antérieure du cordon postérieur, ni du côté opposé, ni en d'autres points de la moelle; — 4° le faisceau descendant constitue un faisceau plus grêle, plus mince, situé en grande partie dans la zone de Lissauer et empiétant un peu sur la zone radiculaire postéro-interne; — 5° pour le faisceau descendant, on n'a pas non plus de dégénérescence du côté opposé, ni en d'autres points de la moelle; — 6° les autres lésions tiennent à peu près sûrement à des traumatismes opératoires. (*Revue neurologique*, avril 1897.) E. B.

LXVI. Contribution a l'étude des dégénérescences secondaires dans la moelle épinière; par le Dr Serge Soukhanoff. (*Journal de Neurologie et d'Hypnologie*, 1898, n° 1.)

L'auteur a constaté qu'après une section de la moelle épinière, les fibres qui dégénèrent affectent une distribution différente au-dessus et au-dessous de la lésion. Au-dessus, elles se rencontrent surtout dans les cordons postérieurs et dans la partie des cordons antéro-latéraux qui sont dégénérés en direction ascendante. Au-dessous de la lésion, la dégénérescence prédomine dans les cordons antéro-latéraux. L'existence d'une quantité plus considérable de fibres dégénérées au voisinage de la section qu'à une certaine distance prouve que beaucoup d'entre elles appartiennent aux voies courtes de la moelle épinière.

La disposition des diverses fibres dégénérées aussi bien dans les cordons postérieurs que dans les cordons antéro-latéraux, semble indiquer que les fibres courtes siègent surtout près de la substance grise et les fibres longues à la périphérie de ces cordons. G. Deny.

LXVII. Quelques remarques sur l'anthropométrie; par le Dr Hrdlicka.

Il est inutile de beaucoup s'étendre sur les services que peut rendre l'authropométrie; mais au moment où cette science se développe de tous côtés, et en raison de la délicatesse des mesures à prendre, il est à craindre que des résultats hâtifs mal interpértés ne jettent quelque confusion; aussi l'auteur fait-il les recommandations suivantes :

1° D'étudier sérieusement la technique avant de se mettre à mesurer; 2° de se servir d'instruments à la fois simples et dignes de foi; 3° de suivre les méthodes de mensuration les plus générales

et les plus connues; 4° de ne pas prendre trop de mesures; 5° de ne pas suivre le système de Bertillon qui ne peut servir que pour l'identification; 6° de ne pas se fier sur les mensurations prises sur une photographie; 7° de toujours compléter les mesures par une bonne inspection. (*American journal of insanity*, avril 1897).

E. B.

LXVIII. D'un faisceau spécial de la zone latérale de la moelle épinière; par le Dr Alexandre Bruce.

Les cordons latéraux de la moelle se divisent en faisceau fondamental du cordon latéral, faisceau de Gowers, faisceau pyramidal croisé, faisceau cérébelleux direct, zone externe de Lissauer et zone limitante latérale, aussi appelée zone marginale ou faisceau profond du cordon latéral.

Dans un cas de sclérose latérale amyotrophique, l'auteur a pu constater que ce ne sont pas seulement les faisceaux pyramidaux, les cellules des nerfs moteurs de la corne antérieure, les racines antérieures la plus grande partie des cordons latéraux, à l'exception des faisceaux ascendants, notamment le faisceau cérébelleux direct et le faisceau antéro-latéral ascendant de Gowers, qui sont en dégénérescence mais que cette dernière affecte aussi en partie la zone limitante latérale, dont la partie antérieure montre une dégénérescence aussi avancée que celle des faisceaux fondamentaux antérieurs et latéraux, tandis que la partie postérieure de la zone forme contraste avec la partie antérieure en demeurant profondément teintée.

Le foyer non dégénéré se trouve immédiatement à la partie externe de la corne postérieure et s'étend de sa base presque jusqu'à l'extrémité de la corne. La forme est celle d'une poire dont la tête repose antérieurement dans l'angle qui sépare la corne antérieure de la corne postérieure.

Il paraît donc que la zone limitante latérale doit être dès lors considérée comme se composant de deux symptômes presque complètement indépendants et qui n'ont que ceci de commun, que les fibres qui les composent proviennent de cellules de la substance grise et sont des fibres d'un court trajet. (*Revue neurologique*, décembre 1896.) E. B.

LXVIX. Contribution a l'étude des changements de forme du pouls artériel et du pouls capillaire aux différentes heures de la journée; par Binet et Courtier.

Dans une communication récente à l'Académie des sciences, les auteurs ont résumé les expériences faites par eux sur la forme du pouls capillaire et artériel aux différentes heures de la journée et de la nuit.

Dans le présent travail ils ajoutent quelques pièces justificatives et publient vingt-huit graphiques. Les résultats de ce travail sont les suivants : sous l'influence de la digestion, le pouls augmente d'amplitude; la ligne d'ascension et la ligne de descente deviennent plus rapides; le sommet de la pulsation devient plus aigu; le dicrotisme est placé plus bas sur la ligne de descente; il est plus accentué.

Les tracés artériels et capillaires pris à la même heure ont été placés sur la même ligne horizontale.

En les étudiant on voit que : 1° il y a un changement graduel dans la forme de la pulsation d'heure en heure; ce changement est de même sens pour le pouls capillaire et pour le pouls radial; les deux tracés quoique pris avec des appareils différents, concordent d'une manière absolue, ce qui élimine les erreurs d'application. (*Revue neurologique*, décembre 1896.) E. B.

LXX. L'automatisme considéré comme une des manifestations de la syphilis cérébrale; par le professeur Bechterew.

Jusqu'à présent, les états d'obnubilation de la conscience désignés par le terme d'automatisme, ont été notés surtout dans l'épilepsie et l'alcoolisme chronique. Cet automatisme observé dans l'alcoolisme chronique est considéré par plusieurs auteurs comme une manifestation de la névrose épileptique, acquise sous l'influence de l'alcool; pour d'autres, cet automatisme pourrait dans certains cas se développer dans le cours de l'alcoolisme chronique, indépendamment et doute influence de la névrose épileptique.

L'observation citée par l'auteur établit que l'automatisme présentant le même caractère que celui observé dans l'épilepsie et l'alcoolisme chronique, peut se manifester à titre de phénomène parfaitement indépendant aussi dans la syphilis cérébrale.

Il s'agit d'un homme de trente-sept ans, sans prédisposition psychique et névropathique héréditaire, qui, envoyé à la banque pour escompter une lettre de change, revient à son bureau l'opération faite et commence à mettre en morceaux l'argent en papier reçu, ce qui attire l'attention de ses collègues. On lui enlève son argent, on le place sur une chaise et quelque temps après il a repris connaissance sans se rappeler qu'il avait été envoyé à la banque et y avait reçu de l'argent et même sans se souvenir de ce qui lui arriva lors de son retour au magasin.

Deux attaques similaires se produisirent peu de temps après.

Après examen, l'auteur émit la conclusion que l'état du malade était sous la dépendance de la syphilis cérébrale. En faveur de cette supposition parle non seulement l'absence d'autres éléments étiologiques quelconques expliquant dans ce cas l'état morbide; mais avant tout l'anamnèse et la présence de signes objectifs de la syphilis sous forme de céphalalgies caractéristiques, et d'une tumeur

osseuse du pied ainsi que de tuméfactions du frontal douloureuses à la pression.

La question peut alors se poser ainsi : Doit-on ramener tous les cas d'automatisme syphilitique à la catégorie de l'automatisme épileptique déterminé par la syphilis, ou faut-il considérer ces cas comme un état morbide développé indépendamment sur le terrain de la syphilis cérébrale ? M. Bechterew considère cette dernière manière de voir comme plus justifiée. (*Revue neurologique*, janvier 1897.) E. B.

LXXI. Le chiasma oculo-moteur (*semi-décussation de l'oculo-moteur commun*); par le professeur Grasset.

A l'aide d'une série d'arguments physiologiques, cliniques et anatomiques, M. Grasset indique synthétiquement de la façon suivante l'ensemble du parcours de l'écorce au muscle oculaire, d'une part de l'oculo-moteur commun, d'autre part de l'oculo-moteur externe :

L'oculo-moteur commun paraît venir du lobe pariétal (pli courbe); de là les fibres vont aux noyaux qui constituent l'ancienne origine réelle du nerf. Ces noyaux, peut-être aussi nombreux que les nerfs terminaux de la troisième paire, sont situés dans l'étage supérieur du pédoncule cérébral, au-dessous des tubercules quadrijumeaux. C'est là que siège le chiasma de l'oculo-moteur commun; de certains noyaux, notamment de celui de l'élévateur de la paupière supérieure, partent des filets radiculaires qui s'entre-croisent; et d'autres noyaux, notamment de celui du droit interne, partent des filets radiculaires qui ne s'entre-croisent pas et restent directs.

L'oculo-moteur externe paraît, lui aussi, partir de l'étage inférieur du lobe pariétal : de là les fibres vont au pédoncule comme les fibres de l'oculo-moteur commun, le dépassent, traversent la protubérance dans le faisceau géniculé, s'entrecroisent là sur la ligne médiane et abordent le noyau d'origine situé sous le plancher du quatrième ventricule. De ce noyau partent les fibres radiculaires qui vont tout simplement former le tronc de l'oculo-moteur externe correspondant.

Un schéma résume la description.

On voit, d'après cela, que l'œil moteur, comme l'œil sensoriel, se divise en deux moitiés: la moitié droite bilatérale et la moitié gauche bilatérale.

Physiologiquement et cliniquement, au lieu de distinguer l'œil droit et l'œil gauche, ils vont mieux distinguer la moitié droite des deux yeux et la moitié gauche des deux yeux.

Au lieu de diviser les oculo-moteurs en oculo-moteur commun et oculo-moteur externe, il faut concevoir (pour les mouvements latéraux) deux nerfs hémioculo-moteurs : l'hémi-oculo-moteur

droit ou nerf destrogyre qui vient de l'hémisphère gauche, va au droit interne gauche et au droit externe droit et fait tourner les deux yeux à droite; et l'hémioculo-moteur gauche ou nerf lèvogyre qui vient de l'hémisphère droit, va au droit interne droit et au droit externe gauche et fait tourner les yeux à gauche. (*Revue neurologique*, juin 1897.) E. B.

LXXII. Les neurones, l'hypnose et l'inhibition ; par le professeur Bombarda.

La vie psychique entière rencontre dans l'idée des neurones et de leur mobilité l'interprétation la plus complète.

C'est ainsi que la situation spéciale où peuvent se rencontrer les neurones rend compte de cette situation non moins spéciale du cerveau qui constitue l'hypnose.

Il est d'abord à remarquer que l'immobilisation d'un membre peut être obtenue dans des conditions tout à fait opposées, d'abord par la paralysie de ses muscles, ensuite par leur contracture.

Or l'inhibition ne paraît être qu'un effet de contracture, et partant d'immobilisation de nerfs moteurs ordinaires dont l'excitabilité est très grande, autrement dit d'immobilisation des prolongements neuroniques.

En dernier ressort, l'hypnose est un phénomène d'inhibition, c'est-à-dire de contracture de ces prolongements eux-mêmes qui, mis dans un état de paralysie, produisent le sommeil physiologique.

L'auteur se propose de revenir sur cette théorie dans un travail plus complet. (*Revue neurologique*, juin 1897.) E. B.

LXXIII. Quelques remarques sur l'usage des appareils orthopédiques dans le traitement du tabes ; par le Dr Grebener.

Parmi les moyens nombreux recommandés pour le traitement symptomatique du tabes, la place réservée aux appareils orthopédiques est très restreinte; les classiques n'en font pas même mention et Grasset, dans son rapport sur le traitement du tabes (1897), ne parle qu'en quelques mots de l'appareil de Hessing, comme d'une modification de la suspension.

En Allemagne et en Angleterre, cet appareil jouit d'une certaine réputation, qu'il ne mérite pas, car il condamne le torse du malade à un repos presque absolu, d'où ataxie plus prononcée, et d'autre part il détermine dans la marche une hyperextension des articulations des genoux, d'où résulte bientôt la perte plus ou moins complète de l'élasticité des ligaments intra et péri-articulaires et une démarche très pénible et mal assurée. Si le corset devrait être rayé de la liste des moyens palliatifs du traitement du tabes, il ne man-

que pas de cas dans lesquels l'application d'autres appareils orthopédiques est bien indiquée. C'est d'abord le pied bot tabétique dû à une atrophie des muscles de la jambe et aux troubles trophiques des ligaments articulaires ; ce sont aussi certaines arthropathies tabétiques des membres inférieurs. Les appareils orthopédiques protègent les articulations contre les traumatismes, les chutes réitérées, l'incohérence des mouvements qui expose ces articulations à des tiraillements, et n'empêchent en rien les fonctions normales des muscles : aussi donnent-ils des résultats satisfaisants et devraient-ils être appliqués plus souvent qu'on ne le fait.

L'auteur rapporte deux cas favorables d'application des appareils orthopédiques articulaires. (*Revue neurologique*, octobre 1897.)

E. Blin.

LXXIV. Quelques considérations sur le traitement du tabes dorsalis; par le Dr Raïchline.

L'auteur, dans ce travail, expose quelques faits et déductions thérapeutiques qui ressortent de son expérience personnelle. Les rapports intimes qui existent entre le tabes et la syphilis semblent justifier a priori, l'application au tabes de tous les moyens que nous possédons contre la syphilis elle-même. Laissant de côté les essais, encore trop peu concluants, de sérothérapie antisyphilitique, le traitement antisyphilitique, sous formes de frictions, a sa raison d'être dans les premiers stades du tabes, quand l'état général n'a pas encore subi d'atteinte grave et que le tableau clinique n'est pas encore au summum de son évolution : le but sera d'atténuer, du moins d'une façon indirecte et à la longue, la virulence des toxines spéciales élaborées dans l'organisme infecté préalablement par la syphilis, et qui sont la cause immédiate présumée de la dégénération tabétique du système nerveux. Il est bien entendu que le traitement mercuriel est formellement contre-indiqué dans les périodes plus avancées du tabes, lorsque les malades sont déjà arrivés à un degré plus ou moins prononcé de cachexie. Quant au traitement ioduré, son emploi prolongé n'est pas rationnel car, d'une part, la valeur antisyphilitique de l'iodure est inférieure à celle du mercure, et, d'autre part, le processus tabétique n'est pas une sclérose vasculaire, mais un processus dégénératif parenchymateux primitif.

En l'absence de moyens curatifs directs, la principale indication dans le tabes doit être celle qui vise l'état général du malade et qui a pour but de relever par un ensemble de mesures diététicohygiéniques les forces physiques et morales de l'organisme et de compenser de cette façon les effets de la maladie. Il est plus que probable que si tous les syphilitiques pouvaient, dès le début de leur infection, s'astreindre à une vie tranquille et régulière,

exempte d'excès et de surmenage, le nombre des ataxiques serait considérablement diminué.

Il est non moins certain que la vie des grandes villes modernes est très défavorable aux personnes devenues ataxiques. Il faut conseiller aux tabétiques d'habiter à la campagne, en plein air : vivant au dehors, faisant des promenades, les malades sont à même de s'entraîner, de lutter efficacement avec les troubles de la sensibilité qui sont la source de leur ataxie et de ralentir la marche de leur incoordination motrice.

L'indication devient plus pressante encore dans la période ataxique de la maladie et il s'y ajoute deux autres indications bien précises qui visent, l'une, les troubles de la nutrition générale, l'autre, les troubles de la motilité. L'expérience a démontré qu'il faut assimiler tous les ataxiques présentant des troubles de la nutrition aux tuberculeux et les soumettre comme ces derniers, à une alimentation substantielle combinée à la cure d'air et de repos. Contre les troubles de la motilité, le médecin a maintenant dans les mains une méthode puissante, celle de la rééducation méthodique des mouvements.

Le traitement se fait d'une façon plus rapide et plus efficace lorsque le malade se trouve sous la surveillance constante du médecin expérimenté ; aussi est-il à supposer que, dans l'avenir, le traitement de l'ataxie se fera dans des établissements spéciaux, munis de salle de gymnastique et des aménagements particuliers en plein air et situés dans des stations climatériques capables de réaliser en même temps la cure d'air et de repos. (*Revue neurologique*, septembre 1897.) E. B.

LXXV. Méthode de fixation permettant aussi bien la coloration de la cellule par le procédé de Nissl que celle du manchon de myéline par le procédé de Weigert; par A. Marissa. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Prenez par exemple le tronc du cerveau et mettez-le dans un liquide composé de :

Alcool à 96 p. 100.	100 cent. cubes.
Formol	5 —
Acide chromique	10 centigr.

La solution complète exige une longue agitation suivie d'un repos d'une heure. Sectionnez le lendemain, en trois ou quatre morceaux. Replacez-les dans le même liquide fraîchement préparé; renouvelez tous les trois à cinq jours suivant l'épaisseur des morceaux. En une semaine au plus, le durcissement sera parfait. Vous en collez les morceaux au syndetikon sur du bois ou du

liège et les placez avec prudence dans l'alcool à 96°; au bout de deux heures, le syndetikon est solide et les plus minces coupes peuvent réussir. De petits morceaux tels que la protubérance du lapin seront complètement durcis en vingt-quatre heures.

Alors, si l'on veut colorer par la méthode de Nissl, on plonge les coupes pendant vingt-quatre heures dans une solution froide de bleu de méthylène de Nissl, puis on continue la série des opérations comme d'ordinaire. La coloration à la thionine réussit aussi d'après les derniers procédés de Held; solutions froides et séjour des coupes pendant quelques heures jusqu'à vingt-quatre heures. Pour la solution d'érythrosine, un séjour de une à deux heures suffit. La méthode de Weigert se fait ainsi. On prend les coupes dans l'alcool à 96°; on les met dans la laque cuivrique de Vassale composée de :

Solution ordinaire de cuivre . . . . } parties égales.
Solution de carbonate de lithine à 1 p. 100. }

Ajoutez de l'ammoniaque jusqu'à ce que le précipité se dissolve.

Laissez-y les coupes de douze à vingt-quatre heures. Lavez deux ou trois fois à l'eau distillée. Replacez les coupes dans l'alcool étendu et dans l'alcool à 96°, changé au moins deux fois. Eclaircissez au xylol; inclure dans le baume. Les manchons de myéline sont bleus jusque dans leurs plus fins embranchements; les cellules nerveuses sont jaune pâle avec noyaux noirs. Il y a très peu d'espaces péricellulaires, ce qui prouve que les cellules, bien fixées, sont très peu recroquevillées. L'inclusion dans la paraffine peut aussi se faire pour de petits morceaux, tels que la protubérance du lapin. P. KERAVAL.

LXXVI. LES ALTÉRATIONS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL APRÈS L'ABLATION DES CAPSULES SURRÉNALES; par le Dr DONETTI.

L'intégrité des capsules surrénales est nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme, car chez l'animal privé de ses capsules surrénales se manifestent vite des phénomènes d'autio-intoxication. Quel que soit le produit capable d'intoxiquer l'organisme, on peut observer dans le système nerveux des altérations spéciales sur lesquelles s'est portée l'attention de l'auteur.

De ses expérimentations se déduisent les notions suivantes :

1° Après l'ablation des capsules surrénales et l'auto-intoxication suraiguë consécutive, on n'observe d'altérations dégénératives en aucun point des faisceaux blancs de la moelle; 2° on obtient des altérations dans des cellules nerveuses ayant leur siège de prédilection au bulbe : ces altérations se réalisent graduellement à travers les états différents jusqu'à la destruction complète de la cellule. (*Revue neurologique*, octobre 1897.) E. B.

LXXVII. De la racine spinale du trijumeau; par le Dr Serge Soukhanoff.

L'auteur a obtenu chez deux cobayes la dégénérescence isolée de la racine inférieure ou bulbo-spinale du trijumeau. Ses expériences lui permettent de poser les conclusions suivantes : 1° la racine spinale dégénère en direction descendante; la dégénérescence devient assez visible cinq jours et demi après la lésion; 2° le sixième jour, on peut constater une dégénérescence assez visible du pédoncule cérébelleux supérieur, et évidemment certaines fibres du pédoncule cérébelleux supérieur ne se terminent pas dans le noyau rouge, mais le traversent seulement.

En résumé, la racine spinale du trijumeau étant une voie sensitive, dégénère principalement en direction caudale. Les cellules nerveuses de la substance grise qui avoisinent le bord interne de cette racine entrent en contact avec les ramifications terminales cylindraxiles : il est très probable que les fibres nerveuses de ces cellules passent au côté opposé et se dirigent vers les régions plus élevées du système nerveux central. Par conséquent, si l'on se représente toute la voie de la racine sensitive du trijumeau, on voit qu'à la suite d'une courbure en direction caudale de la partie centrale du premier neurone de cette chaîne, se forme une voie arciforme composée de certaines fibres de la racine spinale. (*Revue neurologique*, août 1897.) E. B.

LXXVIII. De l'emploi des méthodes de colorations électives sur le système nerveux central durci au formol; par H. Gudden. (*Neurol. Centralbl.*, XVI, 1897.). Id. ; par J. de Scarpatetti. (*Ibid.*)

Les coupes de n'importe quelle épaisseur, durcies successivement dans une solution de formol à 5 ou 10 p. 100, et dans l'alcool à 96°, incluses ensuite dans la celloïdine, donnent des résultats remarquables par la coloration au bleu de méthylène de Nissl et à la thionine de Lenhossék.

Elles sont très accessibles à la méthode de Weigert et Pal, si l'on a pris auparavant le soin de placer les coupes dans une solution d'acide chromique à 0,55 p. 100 pendant 10 heures, à la température de la chambre. On les rince à l'eau, on les fait baigner peu de temps dans l'alcool à 80° ; elles se comportent alors comme si elles avaient été durcies, à la liqueur de Muller; la coloration est encore meilleure si à l'hématoxyline de Weigert on ajoute quelques gouttes d'acide nitrique dilué (Minnich).

La méthode de Weigert et Vassale réussit particulièrement aux coupes qui proviennent de préparations placées dans le formol, sans avoir été cependant traitées par la liqueur de Muller ou l'acide chromique. Par exemple, la moelle et le cerveau ont été

pendant trois jours ou plusieurs mois placés dans une solution de formol à 5 ou 10 p. 100, puis redurcis dans l'alcool à 95° ; on pratique des coupes, on inclut dans la celloïdine, on fait des coupes fines que l'on place dans l'alcool, puis dans une solution d'hématoxyline à 1 p. 100 (Mark), au bout de cinq minutes on les met dans une solution neutre concentrée d'acétate de cuivre pendant cinq minutes, on lave rapidement à l'eau, on différencie à l'aide d'un mélange de

Borate de soude	2 gr.	coupée au besoin de moitié.
Ferricyanure de K.	2 gr. 5	
Eau distillée.	100 gr.	

on place dans une solution concentrée de carbonate de lithine, on lave, on inclut. Si la différenciation n'a pas été trop vive, on suivra les cylindraxes (la myéline n'est pas colorée) jusque dans l'écorce ; netteté des fibres tangentielles. On obtient un joli paysage d'ensemble de l'écorce, car les cellules nerveuses se colorent ainsi que les cellules rondes et celles de la névroglie, de sorte que la coloration des noyaux se combine très promptement à celle des cylindraxes. Ainsi peut-on voir nettement les dégénérescences. Noyaux des cellules et contenu des vaisseaux sont bleu-noir. On voit aussi bien les fibres de la névroglie, le corps cellulaire des cellules nerveuses normales et pathologiques qui se distinguent franchement les unes des autres.

On peut employer cette méthode après l'action de la méthode de Marchi, mais alors elle ne colore que les gaines de myéline.

P. Keraval.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 28 *février* 1898. — Présidence de M. Meuriot.

Paralysie générale juvénile.

M. le Secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Régis dans laquelle l'auteur exprime l'étonnement que lui causent les

hésitations de certains aliénistes à admettre l'existence de la paralysie générale juvénile. Pour M. Régis, le doute n'est plus permis; 70 observations avérées ont pu être recueillies. Elle se présente avec une allure tellement identique à celle de la paralysie générale de l'adulte, qu'il semble que les observations publiées aient été rédigées de toute pièce pour les besoins de la cause qu'elles défendent. Cette affection, qui est beaucoup moins rare qu'on ne le croyait autrefois, a été souvent confondue avec l'idiotie. La plupart des auteurs l'attribuent à la syphilis héréditaire. M. Régis partage cette opinion.

M. CHRISTIAN. — La première observation de paralysie générale juvénile est plus ancienne que ne le pense M. Régis. Elle remonte à 1847 et est due à un professeur agrégé de Montpellier qui en a observé quelques cas.

On peut interpréter de plusieurs façons les faits publiés. Pour ma part, je crois que ce que l'on prend pour des lésions de paralysie générale, ne sont que des lésions d'encéphalite simple. Il n'y a pas de maladie chronique du cerveau qui n'ait pu, à un moment, simuler cliniquement la paralysie générale . La méningite chronique elle-même, qu'on invoque comme lésion caractéristique de la paralysie générale, se rencontre dans d'autres formes mentales. Je ne demande d'ailleurs qu'à être convaincu de l'existence de la paralysie générale juvénile, mais j'estime que cette démonstration n'est pas encore faite.

M. A. VOISIN. — Il y a quarante ans qu'une thèse sur la paralysie générale juvénile a été publiée. On n'invoquait pas alors l'étiologie syphilitique. Je ne comprends pas l'insistance de certains auteurs à vouloir admettre cette pathogénie, car la paralysie générale est inconnue dans les pays musulmans où la syphilis est au contraire très répandue.

M. BRIAND. — La rareté de la paralysie générale chez les Arabes peut s'expliquer, sans faire de cette rareté un argument contre l'origine syphilitique de la maladie. On pourrait répondre que si personne ne prend soin du paralytique général au début de son mal, il est voué, par son inconscience et son incurie, à une mort prochaine. C'est une raison pour qu'on ne rencontre de paralytiques généraux que chez les peuples civilisés où l'entourage et, à son défaut la société, prennent des mesures pour assurer leur existence quand commence l'affaissement intellectuel, et les l'empêcher de la compromettre par des excès, dans la période d'excitation.

M. CHARPENTIER. — Si la paralysie générale était d'origine syphilitique, les eschares des paralytiques généraux auraient le caractère spécifique des lésions syphilitiques.

Les lésions cérébrales de la paralysie générale étudiées par la méthode de Nissl.

M. G. Ballet fait passer sous les yeux de ses collègues une série de dessins reproduisant fidèlement les lésions de la paralysie générale préparées par la méthode de Nissl. Cette méthode a sur les autres l'avantage de teinter seulement les cellules et leurs noyaux, indépendamment du fond de la préparation qui reste incolore et de distinguer nettement les deux éléments constitutifs du cytoplasma (le spongioplasma et les granulations chromatophyles). Appliquée à l'étude des tissus nerveux malades, elle rend manifestes certaines altérations du protoplasma cellulaire que décèlent mal les autres procédés. Cette méthode permet ainsi de résoudre certains problèmes relatifs à la succession des lésions, dans le cours de la paralysie générale. S'agit-il tout d'abord d'une encéphalite interstitielle comme le veulent MM. Magnan, Mierzijewski et Mendel? ou bien est-ce dans la cellule que s'installe primitivement la lésion, comme le pensent MM. Ziegler, Binswanger, Joffroy et Pierret? — Les colorations de Nissl montrent que c'est la gangue interstitielle qui est toujours la première atteinte. La lésion primordiale consiste en une prolifération nucléaire autour des artères. Les cellules ne s'altèrent que postérieurement.

M. Ballet, revenant sur ce qu'il pensait autrefois sur l'étiologie syphilitique de la paralysie générale, admet maintenant cette étiologie comme il l'admet pour le tabès. Il est arrivé à cette conviction parce que tout concorde à prouver l'origine syphilitique : 1° Les statistiques, quand elles sont bien faites; 2° l'étude étiologique des cas de paralysie féminine ; 3° celle de la paralysie générale juvénile; 4° les expériences d'inoculation communiquées au Congrès de Moscou par Krafft-Ebing; 5° l'anatomie pathologique, dans laquelle on avait voulu trouver à tort un argument contre la spécificité et qui plaide au contraire en sa faveur. M. B.

Séance du 28 *mars* 1898. — Présidence de M. Mueriot.

Syphilis el paralysie générale.

M. Brunet, répondant à la communication de M. G. Ballet, expose qu'il ne croit pas à l'étiologie syphilitique de la paralysie générale. Sa conviction repose sur cette opinion que la paralysie générale est inconnue chez les Arabes qui seraient presque tous syphilitiques.

M. Christian reproche à M. Ballet d'avoir changé d'avis depuis 1889, époque à laquelle il ne croyait pas à une relation entre la syphilis et la paralysie générale. Il craint qu'en plaçant la dis-

cussion sur le terrain anatomo-pathologique ce ne soit un sûr moyen de la voir s'éterniser sans profit. La statistique seule peut éclaircir le débat. M. Christian croit que, puisqu'il y a identité de lésions entre les deux affections, le traitement spécifique devrait être efficace dans les deux cas. Il ne s'explique pas pourquoi les lésions de la paralysie générale resteraient cantonnées dans le centre nerveux, alors qu'elles gagnent les méninges chez les syphilitiques. En Abyssinie, suivant M. Christian, 80 p. 100 des habitants seraient syphilitiques, et cependant la paralysie générale y serait inconnue.

L'objection tirée de l'état rudimentaire de la civilisation des habitants qui ne prendraient pas soin des paralytiques généraux à leur début, prouve qu'il faut autre chose que la syphilis pour faire un paralytique général.

Muller de Munich n'a retrouvé la syphilis que 23 fois (17 hommes et 6 femmes) chez 142 paralytiques généraux (77 hommes et 65 femmes). Que les paralytiques généraux soient syphilitiques, conclut M. Christian, c'est possible, mais il n'a pas encore été prouvé qu'il y ait entre les deux états une relation de cause à effet.

M. Sollier a toujours retrouvé la syphilis chez les paralytiques femmes qu'il a eu à observer.

M. A. Voisin expose qu'il a déjà décrit, il y a environ vingt-cinq ans, les lésions dont M. Ballet a parlé dans la dernière séance; elles ne sont donc pas nouvelles. La prolifération nucléaire est la lésion caractéristique du début de la paralysie générale. Il n'employait que l'hématoxyline comme colorant. La syphilis ne doit pas, selon lui, être invoquée comme cause de la paralysie générale. S'il n'y avait là qu'une seule et même maladie on ne verrait pas guérir par le traitement spécifique les lésions syphilitiques cutanées chez les paralytiques généraux sans que l'état démentiel s'améliore.

M. G. Ballet. — Je me suis sans doute mal exprimé si M. Voisin ne m'a pas compris, quand il m'attribue la prétention d'avoir décrit le premier les lésions de la paralysie générale. Elles ont été découvertes par M. Magnan, qui en parle dans sa thèse, et plus tard admirablement étudiées en 1874 par M. Mierzejewski. J'ai voulu simplement montrer que par la méthode de Nissl on distingue mieux les lésions que par tout autre procédé. Cette méthode permet en outre de distinguer une série de transformations par lesquelles passent les cellules, modifications, qui demeurent inaperçues dans les préparations au picro-carmin ou à l'hématoxyline, jusqu'à la période d'état.

Pour ce qui est de l'objection soulevée par M. Brunet, sans lui demander sur quels documents il s'appuie pour dire que la syphilis est fréquente chez les musulmans alors que la paralysie générale y

est inconnue, j'admets le fait comme démontré, et pourtant je crois l'argument sans valeur. Il ne suffit pas, en effet, de dire que la paralysie générale est rare dans les pays à syphilis; il faudrait démontrer que la paralysie générale existe dans une région où la syphilis est inconnue. Je ne sais pas si la syphilis est suffisante pour faire un paralytique général. Peut-être faut-il autre chose pour que l'agent virulent produise certaines lésions ?

La syphilis ne conduit pas fatalement à la paralysie générale. Une longue ascendance de cerveaux surmenés est probablement nécessaire pour que l'évolution se produise; màis je ne crois pas que l'hérédité mentale joue dans cette évolution un rôle aussi important que dans la production d'une vésanie.

Il n'y a pas de contradiction entre ce que je disais en 1889 et ce que je pense aujourd'hui. Je reprochais à M. Mabille de faire une pétition de principe quand il nous parlait de lésions diffuses de syphilis, et je lui demandais de faire une démonstration qui aujourd'hui est faite notamment dans un mémoire de M. Gilbert sur la myélite diffuse syphilitique.

Je reconnais que le traitement spécifique est inefficace dans la paralysie générale; mais cet argument suffit-il pour éliminer l'origine spécifique? Est-ce qu'on doute aujourd'hui de l'origine syphilitique du tabes de Erb (paralysie spasmodique)? Et cependant le mercure et l'iodure sont sans influence sur la marche de la maladie.

M. A. Voisin répond qu'il a voulu surtout confirmer que les lésions qui figurent sur les planches de M. Ballet sont comparables à celles qu'il avait décrites, en employant uniquement l'hématoxyline comme procédé de coloration.

M. Raffegeau est partisan de l'étiologie syphilitique, mais il croit que l'hérédité vésanique joue aussi un rôle très important.

M. Charpentier. — M. Ballet nous demande de lui prouver que la paralysie générale existe dans un pays où la syphilis serait inconnue, mais il oublie de nous dire où se trouve ce pays enchanteur!!!

M. Arnaud. — Un médecin avait annoncé que la paralysie générale ne tarderait pas à apparaître pour la première fois dans une île du Pacifique où elle n'avait jamais été observée. La syphilis venait d'y être importée. Quinze ans après on signalait le premier cas de paralysie générale.

MM. Ritti et Toulouse constatent qu'à l'asile de Lhommelet il n'y a pas de paralytiques généraux parmi les nombreux prêtres qui y sont reçus.

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU.

Séance du 19 décembre 1897.

Dr W. SEMIDALOW et Dr W. WEIDENHAMER. — *Contribution à l'étude du délire aigu.*

Après un aperçu général des récents travaux concernant la question du *délire aigu*, les auteurs communiquent leurs deux observations personnelles dont voici le résumé :

OBSERVATION I. — Femme âgée de trente-quatre ans. Pas de syphilis ni d'alcoolisme. A partir du mois d'octobre 1896, elle entre dans un état de grande excitation motrice, avec obnubilation de la conscience et hallucinations. En novembre (même année), les mêmes phénomènes s'accentuent d'une façon notable; on note de l'inégalité des pupilles, la disparition des réflexes rotuliens, des grimaces en excès, des contractions isolées dans divers muscles du corps, une dénutrition très notable. A partir du mois de décembre la température du corps monte jusqu'à 38°,6, grimaces demi-conscientes, refus d'aliments; vers la moitié du mois de décembre la maladie entre dans sa phase adynamique avec troubles trophiques très accentués. Mort le 31 décembre.

OBSERVATION II. — Femme âgée de trente et un ans. Hérédité psychopathique.

Les dernières couches eurent lieu le 25 mars 1896; la malade allaita son enfant. Presque tous les ans, érysipèle de la face sans élévation de la température; la dernière fois l'érysipèle laissa après sa disparition, au mois de juin, un trouble vague, du bien être. Le 3 juillet la température monte à 38°,5; à partir du 6 juillet obnubilation de la conscience, hallucinations et excitation motrice très grande. On note des altérations dans les pupilles et une diminution des réflexes patellaires; ensuite dénutrition rapide, refus d'aliments, grimaces multiples demi-conscientes; fièvre irrégulière; mort le 11.

Après avoir analysé et discuté le côté clinique de ces observations, les auteurs s'efforcent de mettre en relief la combinaison des symptômes physiques et psychiques qui caractérise le *délire aigu* et font la délimitation de cette forme nosologique d'avec les formes graves de l'*amnésie*. Pour bien différencier le *délire aigu* de la forme galopante de la *démence progressive*, S. et W. invoquent un cas de paralysie générale à forme galopante, qu'ils ont eu l'occasion d'examiner minutieusement, et où, à côté du symptôme

complexe du délire aigu, on pouvait nettement distinguer les symptômes caractéristiques de la paralysie générale. Passant à l'*évolution* de la maladie, les auteurs admettent des cas de délire aigu à évolution plus longue, chronique, comme le prouve l'observation I.

L'*autopsie* de la première malade a montré ceci : la dure-mère est normale ; la pie-mère cérébrale est très congestionnée, quelque peu œdémateuse, avec petites hémorrhagies disséminées. Hypérémie intense de l'écorce cérébrale, qui se détache facilement de la substance blanche sous-jacente, avec hémorragies ponctiformes disséminées. Dans l'écorce des circonvolutions frontales (surtout de la troisième), de l'insula de Reil, de la première temporale et des circonvolutions centrales on trouve des petits îlots disséminés d'encéphalite qui s'étend légèrement à la substance blanche sous-jacente. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'une encéphalite hémorrhagique subaiguë de l'écorce, laquelle est très accentuée dans les petits îlots macroscopiques, ci-dessus désignés.

Dans le *deuxième* cas l'examen microscopique n'a pas été pratiqué. A l'*autopsie* on a constaté : hypéremie intense de la pie-mère et de l'écorce ; hémorrhagies ponctiformes dans la substance centrale du quatrième ventricule.

Les auteurs admettent que dans cette observation il s'agit également d'une encéphalite hémorrhagique aiguë, qui n'a pas eu le temps de s'affirmer par des signes anatomiques bien manifestes, par suite de l'évolution trop rapide de la maladie.

En comparant les résultats de leurs recherches avec les données des travaux plus anciens, les auteurs constatent que, grâce aux examens plus approfondis et plus substantiels des auteurs modernes, on trouve dans la plupart des cas une *encéphalite* (ou méningo-encéphalite) *aiguë hémorrhagique* comme substratum anatomique du délire aigu. Il est donc très probable que l'encéphalite aigu hémorrhagique répond toujours à cette forme clinique qu'on peut considérer comme bien définie et bien autonome, et qui s'appelle le *délire aigu*. Le délire aigu serait de cette façon, d'après les auteurs, une variété d'encéphalite aiguë hémorrhagique, tout à fait analogue à la forme de poliencéphalite inférieure de Strumpell et Wernicke, et notamment une variété d'encéphalite, localisée principalement dans la substance de l'écorce cérébrale. Il est toutefois impossible d'admettre des localisations exclusives dans telle ou telle autre partie de l'encéphale, et il y a lieu de reconnaître plutôt des combinaisons et des passages aux formes de Strumpell, Wernicke, etc., et vice versa.

L'*évolution* du délire aigu peut être aiguë ou subaiguë ; sous ce rapport également il existe une parfaite analogie avec l'évolution des autres formes d'encéphalite hémorrhagique aiguë.

L'*étiologie* du délire aigu est peut-être variable ; mais il s'agit

toujours, comme dans les autres formes d'encéphalites aiguës, d'infections et d'intoxications (dans le sens large du mot.)

Discussion. Dr W. Mouratow. — Les altérations anatomiques constatées par les auteurs sont si peu caractéristiques qu'il semble trop prématuré et peu fondé de les différencier en un groupe particulier d'encéphalites.

G. Rossolimo se range au contraire à l'avis de Semidalow et Weidenhamer. Il rappelle un cas personnel de délire aigu, où l'autopsie a révélé l'existence d'un foyer d'encéphalite hémorrhagique aiguë dans une des circonvolutions centrales. — Les dimensions du foyer et l'étendue des hémorrhagies doivent varier selon les particularités du territoire vasculaire lésé.

W. Serbsky ne croit pas possible de différencier d'une façon absolue le délire aigu de l'*amentia.*

Dr N. Solovtzow. — *Les difformités tératologiques du cerveau en rapport avec les altérations médullaires.*

Solovtzow a eu l'occasion de pratiquer (à l'amphithéâtre des Enfants assistés de Moscou) l'autopsie de trois enfants avec arrêt de développement de l'encéphale. De ces trois enfants l'un a vécu cinquante jours, les deux autres, six jours seulement. Dans tous ces trois cas la cavité cranienne ne contenait que le cervelet et la tige cérébrale, avec corps quadrijumeaux et couches optiques *difformes* et couverts de méninges; quant aux hémisphères cérébraux, elles faisaient entièrement défaut : à leur place on ne trouvait rien qu'un petit tronçon insignifiant et difforme. L'examen microscopique a démontré l'absence complète des voies pyramidales sur toute leur étendue. L'examen des cellules de la moelle, d'après la méthode de Nissl (avec durcissement préalable dans la formaline) a donné des résultats très intéressants. En effet, tandis que les cellules des cordons postérieurs et des ganglions intervertébraux ne présentaient pas d'anomalies apparentes, celles des cornes antérieures étaient formées principalement d'un grand noyau, entouré d'un réseau achromatique tantôt étroit, tantôt plus large, dont les mailles contenaient souvent des vacuoles. Les granulations chromatophiles faisaient entièrement défaut, bien que la substance chromatophile se trouvât tout de même dans les cellules dans un état de solution. Dans les cellules, traitées par la méthode de Golgi, on voit des vacuoles apparaître dans leurs corps. Les recherches parallèles, faites sur des enfants nés avant le terme, démontrent l'analogie parfaite qui existe dans la structure des cellules des cornes antérieures dans les deux cas : les granulations chromatophiles apparaissent seulement dans le septième mois de la vie intra-utérine. On peut donc en conclure que les cellules des cornes antérieures, dans tous les trois cas précités, ont dû subir un arrêt de développement, arrêt dont la cause

serait imputable à l'absence des voies pyramidales, lesquelles exercent sur ces cellules une influence tonifiante. Chez les embryons à développement normal les fibres des cellules pyramidales de l'écorce atteignent les cellules motrices des cornes antérieures de la moelle vers le septième mois, et de cette époque date la formation définitive de ces cellules.

La communication de M. Solovtzow était accompagnée de démonstrations de préparations macro et microscopiques.

Dans la discussion, que cette communication intéressante a soulevée, ont pris part MM. Kornilow, Mouratow, Kojewnikow et Pribytkoff.

N. M. Wersiloff : *Myélite centrale aiguë ascendante* (avec démonstration de préparations).

Une femme, âgée de vingt-neuf ans, fut admise dans la clinique des maladies nerveuses, le 24 novembre 1895, avec des phénomènes de paralysie complète du bras gauche, de parésie du bras droit, faiblesse des muscles du cou, troubles légers de la phonation et de la déglutition, atrophie dégénérative des muscles paralysés et anesthésie (thermique et douloureuse) dissociée du bras gauche et du côté gauche du tronc. Tous ces phénomènes s'étaient développés d'une façon suraiguë (dans l'espace de quelques heures) sans fièvre, en juillet 1895.

Une amélioration fut notée dans le premier temps du séjour de la malade dans la clinique ; mais à la fin du mois de janvier 1896 survint une faiblesse générale, puis une parésie de la jambe gauche, suivie bientôt après d'une difficulté marquée de la respiration et de la déglutition. Au mois de mars survint une paralysie complète des muscles des globes oculaires. Mort le 14 mars 1896. La température du corps resta toujours normale.

L'*examen anatomique* a démontré l'existence d'un processus inflammatoire dans la région supérieure de la moelle épinière s'étendant en bas jusqu'au troisième segment dorsal. Les lésions prédominent dans la moitié antérieure de la moelle, c'est-à-dire dans les cornes antérieures et latérales et les faisceaux fondamentaux des cordons antérieurs et latéraux; les lésions diminuent vers la périphérie. Les cellules des cornes antérieures et latérales montrent une dégénération intense ; les vaisseaux de la substance grise sont hypérémiés et infiltrés. Dans la région de la tige cérébrale le processus pathologique est localisé autour des ventricules et intéresse les noyaux des nerfs craniens (III, IV, VI, X, etc.). Sur des préparations traitées d'après Marchi on trouve dégénérés : les corps restiformes jusqu'au vermis, les prolongements des faisceaux fondamentaux des cordons antérieurs et latéraux jusqu'aux couches optiques, les faisceaux de Gowers jusqu'à la protubérance.

Il s'agit évidemment d'une myélite à évolution ascendante et qui

s'est terminée en encéphalite. Les altérations plus anciennes de la moelle ont provoqué des lésions dégénératives dans la région de la tige cérébrale. Si l'on compare le tableau clinique au tableau anatomique, on peut admettre qu'il s'agit dans ce cas d'un processus analogue à celui de poliencéphalite, présentant également une certaine systématisation et régularité, mais avec localisation quelque peu différente des foyers inflammatoires.

Dans la *discussion*, le professeur ROTH fait remarquer que la désignation du processus comme *aigu* ne lui paraît pas bien juste; il s'agit plutôt d'un processus subaigu. Quant à l'anesthésie elle peut bien être d'origine hystérique.

MM. ROSSOLIMO et ORLOVSKY pensent que la localisation des lésions, dans le cas de M. Wersiloff, tient probablement à l'extension du processus dans le territoire de certains systèmes artériels bien définis.

MM. KOJEWNIKOW, MOURAWIEFF, PRIBYTKOFF et MOURATOW prennent également part à la discussion.

Séance du 22 janvier 1898.

W. MOURATOW. — *Contribution à l'étude des mouvements impulsifs* (*Zwangsbewegungen*).

M. MOURATOW présente un malade, âgé de cinquante-sept ans. En 1888, attaque d'apoplexie avec hémiplégie droite consécutive. Un mois après, le côté hémiplégique est devenu le siège de mouvements hémichoréiques qui, graduellement, augmentaient d'intensité.

A l'heure actuelle on trouve : hémiplégie droite, dysarthrie (sans aphasie), parésie du nerf facial droit, anesthésie du trijumeau du même côté, paralysie des membres du côté droit avec atrophie musculaire. A l'état de repos la main et la plante du côté droit, sont agitées de mouvements athétosiques qui augmentent facilement d'étendue avec les mouvements volontaires de façon à rappeler l'hémichorée. Le diagnostic anatomique suppose une lésion du pédoncule cérébral gauche avec participation probable du *noyau rouge*.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas analogue en 1891 et d'en faire l'autopsie. Il s'agissait alors d'un malade qui, dans l'espace de deux ans, a eu deux attaques apoplectiques, suivies la première d'une hémiplégie gauche, la deuxième de trouble de l'équilibre du corps et de *mouvements hémichoréiques* du côté paralysé, principalement dans la main, mais seulement aux mouvements volontaires. Le malade est mort de dysenterie, et l'autopsie a permis de constater un foyer ancien dans la capsule interne du côté droit et une hémorragie récente dans l'hémisphère

gauche du cervelet avec dégénération du noyau rouge droit, du corps restiforme gauche, de la pyramide droite et de l'olive du même côté.

Comme le système des pédoncules cérébelleux supérieurs sert de connexion entre le cervelet et les noyaux de la tige cérébrale (couche optique et noyau lenticulaire), l'auteur considère les mouvements forcés qui apparaissent à la suite des apoplexies, comme un trouble d'équilibre dans les fonctions établies entre les couches optiques et le cervelet. La soustraction du système du noyau rouge dans le cas de Bonhoëffer a également donné lieu à l'hémichorée.

Voici quelle est la classification que l'auteur assigne aux mouvements anormaux des hémiplégiques d'après leur pathogénie : 1° tremblement aux mouvements volontaires et spasmes, — dégénération et irritation du faisceau pyramidal (Kahler-Pick) ; 2° mouvements forcés compliqués : hémichorée, athétose ; — destruction du système des noyaux rouges qui relient les noyaux de la base avec le cervelet (Bonhoëffer, l'auteur) ; 3° convulsions corticales de caractère clonique, résultant de la dégénération des fibres arciformes de la sphère motrice.

Discussion. — Le professeur Kojewnikow et le Dr Minor s'opposent à la désignation des mouvements convulsifs du malade comme mouvements choréiques.

M. Mourawieff ne croit pas que la localisation présumée de la lésion dans le cas présenté par M. Mouratow, soit bien fondée. Quant à l'autre observation de M. Mouravieff, la cause des mouvements convulsifs n'est pas suffisamment élucidée. — M. Serbsky trouve que le terme de mouvements *impulsifs* (Zwangsbewegungen) est déplacé et inexact. — M. Rossolimo croit que l'examen de la fine structure des cellules du système des fibres cérébelleuses pourrait projeter quelque clarté sur la genèse des convulsions posthémiplégiques. — Une observation est faite par M. Kornilow.

Séance du 30 *janvier* 1898.

Dr G. Pribytkoff. — *Sur un cas de tumeur siégeant à la limite de la partie cervicale et de la dorsale de la moelle épinière, avec phénomènes pupillaires.*

La malade, âgée de quarante-un ans, présentait tous les phénomènes de la paralysie de Mme Klumpke, lesquels s'étaient développés dans l'espace de dix-huit mois, à savoir : anesthésie de la région supérieure du thorax et de la face cubitale des deux membres supérieurs en même temps que symptômes oculo-pupillaires du côté gauche ; quelques jours avant la mort, survint d'une façon brusque, une paraplégie inférieure avec abolition des réflexes patellaires.

A l'*autopsie* on trouve un *sarcome* de volume d'une orange, ayant détruit les têtes des deux premières côtes et les corps des premières vertèbres dorsales. Myélite par compression avec dégénérations secondaires habituelles (l'examen n'a pas été fait au-delà du bulbe).

Discussion : M. Weidenhamer regrette que l'examen incomplet laisse sans explication entre autres le fait de l'absence des réflexes rotuliens (la moelle n'a pas été examinée par la méthode de Nissl). — M. le professeur Kojewnikow prend aussi part à la discussion.

Dr N.-M. Werziloff. — *Deux cas de compression de la moelle épinière.*

Observation I. — La maladie a duré deux mois et demi et s'est terminée par une paraplégie inférieure. — A l'*autopsie*, on trouve une infiltration sarcomateuse des corps de la septième vertèbre cervicale et de la première dorsale. — A l'examen microscopique, on constate des dégénérations secondaires habituelles de la moelle, entre autres une dégénération descendante dans les cordons supérieurs sur une étendue de un demi-centimètre (virgule de Schultze).

Observation II. — La maladie a duré trois ans et demi, ayant débuté apparemment d'une façon brusque par une paralysie spasmodique des membres du côté gauche avec diminution de la sensibilité du côté droit du tronc et de la jambe droite. Quelques mois plus tard vint s'ajouter une paralysie motrice des membres du côté droit avec diminution du sens musculaire. Vers la fin de l'observation, la paraplégie inférieure augmenta graduellement d'intensité. Jamais on n'observa de phénomènes de compression des racines postérieures.

Autopsie : Angio-sarcome psammateux de la dure-mère, ayant pris naissance au niveau de la deuxième racine cervicale et très fortement comprimé tout le côté gauche de la moelle. A l'examen microscopique, entre autres dégénérations secondaires descendantes, on en constate une dans la région de la virgule de Schultze sur une étendue de deux segments. Dans la direction ascendante, en dehors des faisceaux habituels, on trouve dégénérés les faisceaux fondamentaux des cordons antérieurs et latéraux, les fibres situées entre les olives et les pyramides du bulbe, dans les parties latérales du ruban interne (médiale Schleife) de la protubérance et des pédoncules cérébraux ; on peut suivre de la dégénération de ces faisceaux jusqu'aux couches optiques.

De ces observations, l'auteur tire les conclusions suivantes : 1° les symptômes radiculaires font souvent défaut dans les cas de tumeurs médullaires, ce qui rend le diagnostic plus difficile ; —

2° les symptômes moteurs du côté de la moelle ont une valeur diagnostique aussi importante que les symptômes sensitifs; — 3° la virgule de Schultze est probablement composée des branches descendantes des racines postérieures; — 4° la prolongation des faisceaux fondamentaux des cordons antérieurs et latéraux passe dans le bulbe entre les olives et la pyramide, dans les parties latérales du ruban interne, dans la protubérance et dans les pédoncules cérébraux.

Discussion. — M. Weidenhamer fait remarquer que la dégénération ascendante des faisceaux fondamentaux des cordons antérieurs et latéraux, décrite par M. Werziloff dans son cas, s'observe également expérimentalement chez les animaux.

MM. Korniloff, Orlowski, Mouratow et Kojewnikow échangent des opinions en ce qui concerne l'état des réflexes dans la compression de la moelle. — En outre, ont pris part à la discussion : MM. Roth, Bernstein et Pribytkoff.

Sécrétaires des séances : G. Rossolimo, A. Bernstein, S. Orlowski, et W. Mourawieff.

BIBLIOGRAPHIE.

XI. *Contribution à l'étude pathogénique du goitre exophtalmique (application au traitement);* par le Dr L. Dupuy. Th. de Lyon, décembre 1897.

Sous le titre de goitre exophtalmique, on a rangé des affections d'origine diverse; mais quelle que soit la cause, le sympathique est l'intermédiaire nécessaire entre cette cause et les principaux organes troublés; il y a toujours excitation de certains filets sympathiques (cardiaques, oculaires, thyroïdiens).

Cette excitation peut être *secondaire* et placée sous la dépendance :

1° D'une lésion organique primitive située dans la protubérance, le bulbe, la partie supérieure de la moelle, les ganglions sympathiques. *Forme anatomique;*

2° D'un réflexe parti d'extrémités nerveuses comprimées, tiraillées, irritées d'une façon quelconque, dans le tissu interstitiel d'un goitre scléreux, au niveau d'un rein flottant, d'un ovaire kystique, d'un fibrome utérin, d'un polype ou d'une hypertrophie de la muqueuse nasale, etc. *Forme réflexe;*

3° D'une intoxication thyroïdienne primitive, modifiant fonctionnellement les centres sympathiques. *Forme toxique.*

Cette excitation peut aussi être *primitive*, caractérisant la *forme essentielle, idiopathique* de l'affection. Dans la majorité des cas on peut admettre, en effet, que le syndrome de Basedow est la manifestation clinique d'un trouble nerveux fonctionnel primitif, d'une névrose. Cette névrose se traduit par des phénomènes d'excitation pouvant porter sur les divers centres sympathiques. On explique ainsi facilement tous les symptômes; c'est cette hypothèse simple qui répond le mieux au tableau objectif de la maladie.

L'excitation centrale du sympathique présente cette particularité que ses effets physiologiques (hypersécrétion thyroïdienne, tachycardie, diverses dilatations vasculaires) peuvent en partie la régénérer, constituant un circuit morbide, le cercle basedowien. Cette idée, conclusion des principales théories du goitre exophtalmique, permet d'en mieux comprendre les caractères évolutifs, certains symptômes et certaines particularités du traitement. De plus, cette excitation centrale produit des lésions anatomiques capables de rendre l'irritation sympathique permanente et ses symptômes définitifs.

Le traitement consiste à interrompre le circuit morbide :

1° En supprimant l'excitation centrale par les calmants et les toniques généraux du système nerveux (hydro et électrothérapie). Il y aurait lieu de chercher une substance paralysant spécialement le sympathique; 2° en supprimant un symptôme (goitre, tachycardie, dilatations vasculaires), trouble spécial auquel on attribue, pour le cas traité, un rôle prépondérant dans la formation du cercle; méthode incertaine; 3° en sectionnant, par l'opération de Jaboulay, le cordon cervical où passent les plus nombreuses fibres nécessaires au circuit; opération inoffensive; méthode de choix dans les cas graves, curative dans tous les cas où la guérison est possible, mais ne mettant pas à l'abri de toute récidive. Le meilleur procédé est la section ou la résection partielle. Les résections étendues, inutiles, ont des inconvénients.

D[r] F. DEVAY.

NÉCROLOGIE.

Édouard-Constant SÉGUIN.

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de notre ami le Dr E.-C. Séguin (de New-York), survenue le 19 février dernier, à la suite d'une douloureuse affection chronique du foie, dont il suivait la marche, qu'il savait fatale, avec un sang-froid et un courage qui ne se sont pas démentis jusqu'à la fin.

Séguin est né à Pais, il y a cinquante-cinq ans. Il fut amené aux Etats-Unis par son père le Dr E.-O. Séguin[1], alors qu'il n'avait encore que sept ans. Il fut, dit *The Medical Record*, un brillant élève et fut diplômé par le Collège des médecins et chirurgiens de New-York, à l'âge précoce de vingt et un ans, après avoir servi pendant deux ans comme médecin auxiliaire dans l'armée régulière.

Après la guerre il fut placé comme chirurgien dans différents forts du Nouveau-Mexique, où il fut envoyé sur sa demande dans l'espoir d'améliorer sa santé, troublée par des accidents pulmonaires. Il en revint au bout de quelques années, avec une santé parfaite. Il se rendit ensuite à Paris. Là il fréquenta assidûment les différentes cliniques et en particulier les cours de Brown-Séquard et ceux de M. Charcot à la Salpêtrière. Il fit un second séjour en France (1870-1871) et lorsque, à son retour, il commença à pratiquer la médecine à New-York, sa grande habileté et ses connaissances étendues lui attirèrent immédiatement une véritable renommée et une position des plus enviables.

Pendant près d'une quinzaine d'années, E.-C. Séguin a été professeur de clinique nerveuse à la Faculté du Collège des médecins et chirurgiens. Durant le même temps, il s'adonna activement à la pratique des maladies nerveuses, fut nommé membre de plusieurs Sociétés de neurologie en Europe, publia de nombreux mémoires, des leçons, des observations relatives à la Médecine générale, à la Neurologie et à la Psychiatrie. Depuis plusieurs années, sa maladie l'avait éloigné de l'enseignement, de la clientèle et du journalisme.

C. Séguin fonda, en 1873, avec Brown-Séquard, les *Archives of Scientific and Practical Medicine*, qui n'eut qu'une durée éphémère. Puis il créa, seul, les « *Archives of Medicine* » qui ont paru de 1859

[1] Voir la notice sur E. Séguin, le grand éducateur et le promoteur de l'éducation des enfants idiots dans : *Archives de Neurologie*, t. I, p. 637, 1880.

à la fin de 1884 (en tout 12 volumes), dans lesquelles il a publié 35 notes ou mémoires relatifs surtout au système nerveux et aux réformes concernant l'enseignement des hôpitaux et la législation des aliénés.

Il a publié avant et depuis ce journal, une série d'autres mémoires parmi lesquels nous citerons les suivants : *A series of American Clinical Lectures; — The Diagnosis of progressive locomotor ataxia; — Lectures of the localization of spinal and cerebral diseases; — A contribution to the medicinal treatment of chronic trigeminal neuralgia; — The localization of discases in the spinal cord; — The cultivation of specialition in medicine; — On the Coincidence of optic neuritis and subacute transverse Myelitis; — On the early diagnostic of some organic diseases of the nervous system; — A second contribution to the study of localized cerebral lesions; — Importance of the early recognition of epilepsy; — The efficient dosage of certain remedies used in the treatment of nervous diseases; — The cultivation of specialities in Medicine; — A contribution to the pathology ofhemianopsia of central origin (Cortex hemianopsia); — A second clinical study of hemianopsia; — Demonstration of hemiopic pupillary inaction; — A contribution to the Pathology of the Cerebellum; — A third contribution to the study of localized cerebral lesions; Contribution to the diagnosis and Surgical Treatment of Tumors of the cerebrum; — Early diagnosis of some serious diseases of the nervous system; — its Importance and Tealbility.* — C. Seguin a publié en outre dans les *Archives de neurologie* un très intéressant mémoire intitulé *Contribution à l'étude de l'hémianopsie d'origine centrale* (t. XI, 1886, p. 176) et, en 1893, des *Leçons sur le traitement des névroses*, précédées d'un avant-propos de M. le professeur Charcot. Il a, l'un des premiers, vulgarisé l'emploi de la thermométrie aux Etats-Unis et inséré, en 1866, un travail important dans *Chicago Medical Journal*, sous ce titre : *The Use of the Thermometer in Clinical Medicine*. Enfin, il avait été l'un des fondateurs et l'un des présidents de la *New-York neurological Society*. B.

VARIA.

LES PEINTRES DE LA MÉDECINE. LES PÉDICURES AU XVIIe SIÈCLE. LA LÈPRE DANS L'ART; par Henry MEIGE. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n°s 1, 2 et 6, 1897.)

L'auteur nous promène dans les principales galeries de l'Europe

et nous montre les œuvres magistrales qui reconstituent l'histoire fidèle de l'art du *Pédicure*, du *Barbier Estuveur*, de l'*Inciseur;* l'histoire de cette terrible maladie qui va peut-être devenir une rareté, mais qui, pendant de longs siècles, a terrorisé l'humanité. Cette revue, surtout pour ceux qui ne peuvent... voyager, est un régal de l'esprit par les critiques délicates et les observations humoristiques qui émaillent la description des œuvres des anciens maîtres de la peinture, un régal des yeux par les excellentes photogravures dont elle est accompagnée. Avec les *Teniers*, les *Brouwer*, les *Van Ostade*, M. Meige nous fait revivre ces vieilles corporations trop dédaignées, trop oubliées, auxquelles nous devons des maîtres comme Ambroise Paré, et qui ont surtout inspiré l'Ecole flamande du XVIIe siècle. Avec les peintres florentins et toscans des XIVe et XVe siècles, avec ceux des vieilles écoles d'Alsace et de Cologne (XIVe siècle), plus tard avec les Holbein, Conrad Witz, Hans Burgkmaïer (XVe et XVI siècles), avec aussi les maîtres flamands des XVe et XVIe siècles (Van Orley, Rubens, Jean Hoogsaat), dont les principales œuvres nous sont représentées par des gravures fidèles et soignées, M. Henri Meige nous refait la synthèse historique de la lèpre à travers le monde et des manifestations pathologiques et sociales auxquelles elle a donné naissance.

R. CHARON.

CASTRATION DES ÉPILEPTIQUES, DES IDIOTS ET DES CRIMINELS.

L'*Echo de Paris* du 3 mars 1898 publie l'information suivante sous ce titre : « Contre la reproduction... des criminels. » — « Le *bill* suivant va être présenté aux Chambres de l'Etat de Michigan :

Tous les malades qui se trouvent actuellement ou qui entreront à l'avenir dans les hôpitaux comme épileptiques ou faibles d'esprit devront être soumis, avant leur sortie, à la castration, afin qu'ils ne puissent avoir d'enfants. La même opération sera imposée aux criminels condamnés au moins trois fois pour délits graves. Les personnes condamnées pour viol seront également soumises à la castration. L'opération sera exécutée par le médecin de la prison ou de l'hôpital, sans rémunération spéciale (!). — On ne pèche pas par excès de sensibilité au Michigan ! »

Nous avons déjà eu l'occasion d'exprimer notre opinion sur cette question dans le dernier n° de 1897 des *Archives de Neurologie* (p. 545). Une idée semblable a été émise il y a une trentaine d'années par le Dr Caffe, à propos des crétins et des crétines; il proposait de châtrer les premiers et de boucler les secondes. Dans cette voie barbare, où nous sommes étonné de rencontrer des médecins, où s'arrêterait-on? B.

Drame dans un évêché.

« Un sieur Puy, propriétaire à Baixas, se présentait hier à l'évêché de Perpignan, demandant à parler à l'évêque pour se plaindre de prétendues injustices. Le concierge Vergès, âgé de soixante-quatre ans, ayant voulu lui intercepter le passage, il le repoussa et commença à gravir l'escalier, et comme Vergès faisait une nouvelle tentative de résistance, il sortit un revolver et lui envoya deux balles dans la tête.

« Le secrétaire de l'évêché, l'abbé Rabaud, apparut tout à coup, attiré par les détonations, et fut également blessé de deux balles à la main et à l'épaule. Après quoi le meurtrier prit la fuite. Le bruit d'une averse avait empêché les habitants de l'évêché d'entendre les détonations.

« L'état du concierge est désespéré. Les blessures du chanoine sont légères. Le meurtrier, cerné pendant la nuit dans son domicile, a pu s'enfuir par les toits et n'a pas encore été retrouvé. Puy voulait se plaindre à l'évêque d'un prêtre qui, après lui avoir fait épouser une jeune fille qui se destinait à se faire religieuse, s'opposerait à la solution d'une instance en divorce introduite depuis deux ans. (*Le Temps*, numéro du dimanche 16 janvier 1898.)

Le meurtrier a été arrêté le lendemain. Puy est un homme de trente-cinq ans environ, de fortune aisée, d'un mysticisme outré, dont la raison, déjà fort chancelante, a été vivement ébranlée à la suite d'une instance en divorce intentée par sa femme. Il croit entendre des voix, attribue à un ecclésiastique ses malheurs et ses persécutions. De là, sa visite malencontreuse à l'évêché.

Sous ce titre : *A propos du crime de l'évêché*, le *Petit Temps* publiait quelques jours après les renseignements suivants envoyés par son correspondant de Perpignan et qui méritent à tous égards d'être reproduits : « Un fait inouï se rattachant au double crime commis récemment à l'évêché se passe à Baixas, gros bourg des environs de Perpignan; c'est à Baixas qu'habitait Charles Puy, le furieux qui tua à coups de revolver le concierge de l'évêché et blessa grièvement le chanoine Rabaud. Un brave ouvrier, maréchal-ferrant, originaire des Landes, nommé Laurent Bazeilles, apercevant Puy qui sortait de chez lui armé d'un revolver chargé et voyant que, parmi les trois cents curieux massés devant son domicile, personne ne se détachait pour l'arrêter, suivit le meurtrier et, à la sortie du village, bondit sur lui, le terrassa, le le désarma et le remit aux gendarmes.

« Au lieu de féliciter Bazeilles d'avoir arrêté ce fou dangereux, cette bête furieuse, qui pouvait encore tuer d'autres personnes, la

population de Baixas est exaspérée contre Bazeilles, estimant qu'il fallait laisser celui-ci se venger des injustices dont il prétendait être victime et tuer tous ses prétendus persécuteurs.

« Bazeilles est, à tout instant, injurié, on lui refuse partout du travail, à tel point que ce brave ouvrier écrit aux journaux qu'il se voit obligé de quitter Baixas pour ne pas mourir de faim. »

Ajoutons que le meurtrier Puy a été déclaré par les médecins légistes un fou inconscient et des plus dangereux, et qu'on va l'interner dans l'asile d'aliénés de Limoux. »

Sous ce titre : *Un fou évadé*, le *Petit Parisien* du 5 avril insère une dépêche de Perpignan, en date du 4 du même mois, ainsi conçue :

« On se rappelle qu'il y a quelque temps le nommé Charles Puy, âgé de trente-quatre ans, qui est atteint d'aliénation mentale, s'étant présenté à l'évêché de Perpignan avec l'intention d'assassiner l'évêque, dont il prétendait avoir à se plaindre, avait tué à coups de revolver le concierge qui voulait l'empêcher de passer, et blessé grièvement avec la même arme le chanoine Rabaut, secrétaire de l'évêque, accouru au bruit. Après son meurtre, Puy avait été interné à l'asile d'aliénés de Limoux. Or, on vient d'apprendre que, trompant la surveillance de ses gardiens, il s'est évadé ; aussitôt la nouvelle connue, des mesures ont été prises pour préserver l'évêque de Perpignan et le curé de Baixas, que le fou menaçait constamment de tuer. Puy est activement recherché par les brigades de gendarmerie de l'Aude et des Pyrénées-Orientales. »

Les aliénés en liberté.

Sous ce titre : *Un fou dans un wagon*, le *Petit Parisien* du 28 mars rapporte le fait suivant :

« Quelques personnes avaient pris place hier matin, à la gare du Nord, dans un compartiment de 2e classe d'un train se dirigeant sur Creil. Soudain, un des voyageurs qui le premier était monté dans le wagon, se montra impatient de voir le train tarder à se mettre en marche.

« Bientôt sa fébrilité fit place à une fureur extraordinaire, et après avoir insulté toutes les personnes qui se trouvaient là, l'intrus se mit à briser les glaces du compartiment tout en tenant des propos incohérents.

« Des employés de la voie, appelés par les témoins de cette scène, eurent toutes les peines du monde à maîtriser le forcené, qu'on emporta au commissariat spécial de police. C'était un fou du nom de Julien Hautruy, âgé de trente-six ans et habitant l'Isle-Adam. Le malheureux s'était grièvement coupé aux bras et aux mains, et l'on dut lui prodiguer des soins avant de l'envoyer à l'infirmerie spéciale du Dépôt. »

— Un fou, pris de fureur, s'est mis à tout casser dans son appartement, rue de Châteaudun, et à jeter par la fenêtre sa vaisselle et son mobilier. Il avait fait dans un coin de l'appartement une sorte de bûcher, et allait y mettre le feu, quand les gardiens de la paix sont intervenus. Ils ont failli être blessés par le fou qui s'était emparé d'une hache et voulait les frapper avec cette arme terrible.

Ce malheureux s'était évadé, il y a quelque temps, de la maison de santé de Villejuif où il était interné. Il était venu s'installer parmi ses parents et leur avait raconté que, guéri, il avait été rendu à la liberté. Il a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt. (*XIXe Siècle*, 23 mars.)

Ce cas montre combien il serait nécessaire de faire surveiller attentivement les aliénés qui s'évadent et que en raison des polémiques de presse, la Préfecture de police hésite à réintégrer après évasion.

Les Drames de l'alcoolisme.

Etranglée par son mari, tel est le titre sous lequel le *Petit Parisien* du 2 avril publie une dépêche de Quimper en date du 1er avril :

« Un drame de famille, causé par l'alcoolisme, vient de mettre en émoi la ville de Quimperlé. Un journalier âgé de quarante-deux ans, nommé Maurice Gourtay, demeurant au lieu dit « Croas Cus », sur la route de Moëlan, a étranglé sa femme dans les circonstances suivantes : la malheureuse avait l'habitude de boire ; Gourtay, qui était lui-même légèrement ivre, s'est jeté sur elle, en revenant vers dix heures du soir de la foire de Quimperlé. Il l'a battue, puis lui a frappé la tête contre la cheminée et a fini par lui serrer la gorge jusqu'à ce qu'elle fût morte. Cette horrible scène s'est passée devant les cinq enfants du meurtrier qui ont dénoncé leur père au commissaire de police de Quimperlé, chargé de constater le décès. L'aîné des enfants a déclaré au commissaire que pour défendre sa mère il avait jeté son sabot à la tête de son père qui avait un moment abandonné sa victime, mais qui l'a achevée néanmoins.

« L'autopsie faite par M. le D^r Le Stunf a confirmé les dires des enfants de Gourtay. Ce dernier a été écroué à la prison de Quimperlé. L'infortunée victime a été enterrée ce matin ; elle n'avait que vingt-six ans. »

FAITS DIVERS.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Nominations et promotions :* M. le Dr ALLEMAN, médecin adjoint à l'asile d'Auxerre, est nommé médecin adjoint à l'asile de Blois (19 mars); — M. le Dr FENAYROU, médecin adjoint à l'asile de Blois, est nommé médecin adjoint à l'asile de Naugeat (19 mars); — M. le Dr PAIN, médecin adjoint à l'asile de Naugeat, est nommé médecin adjoint à l'asile de la Roche-Gandon (19 mars); — M. le D^r TOY, médecin adjoint à l'asile de la Roche-Gandon, est nommé médecin adjoint à l'asile d'Auxerre (19 mars); — M. le Dr DAGONNET, médecin adjoint, est nommé sur place médecin en chef de l'asile clinique (Sainte-Anne) (24 mars ;) — M. le Dr SÉRIEUX, médecin-adjoint, est nommé sur place médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard (24 mars) ; — M. le Dr PACTET, médecin adjoint, est nommé sur place médecin en chef de l'asile de Villejuif (22 mars); — M. le Dr TOULOUSE, médecin adjoint, est nommé sur place médecin en chef de l'asile de Villejuif (24 mars).

CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN ALIÉNISTE DES HÔPITAUX. — Ce concours doit s'ouvrir le 5 mai prochain. Le jury se compose de MM. A. Voisin, Seglas, Charpentier, médecins aliénistes des hôpitaux, Siredey, Widal et Queyrat, médecins des hôpitaux, et Marandon de Monthyel, médecin des asiles de la Seine. — Les candidats qui se sont fait inscrire sont MM. Boissier, Nageotte, Noir et Roubinowitch.

SUICIDE D'ENFANT. — Le jeune Amand Maurice, âgé de quatorze ans, demeurant chez ses parents à Montmorency, a été trouvé pendu à un arbre dans le bois de Piscop, territoire de Saint-Brice. Il avait disparu après des reproches de son père sur son travail.(*Petit Parisien*, 19 avril 1898).

ENSEIGNEMENT DES MALADIES MENTALES.— M. le Dr CHÉNIEUX, directeur de l'Ecole de médecine de Limoges, dans son discours de rentrée à ladite école, dit que « les conférences annoncées sur l'aliénation mentale ont eu lieu dans le semestre d'été, et que M. le Dr DOURSONT a pu se convaincre, par l'assiduité de son auditoire, de l'intérêt qu'il a su éveiller et entretenir ».

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Annuaire des eaux minérales, stations climatiques et sanatoria de la France et de l'étranger, suivi d'une nomenclature des établissements hydrothérapiques, publié par la *Gazette des eaux.* — Volume in-18 de 270 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1898. — Librairie Maloine.

Astros (L. d'). — *Les Hydrocéphalies.* — Volume in-8° de 343 pages. — Paris, 1898. — Librairie G. Steinheil.

Bérillon (E.). — *L'Hypnotisme et l'Orthopédie mentale.* — Brochure in-8° de 48 pages. — Paris, 1898. — Librairie Rueff et Cie.

Bodon (K.). — *Die diagnostische Bedeutung des Bouchreflexes in der Gynækologie. Anhang; Giebt es einen Kremasterreflex beim Weibe?* — Brochure in-8° de 5 pages. — Budapest, 1898. — *Centralblatt für Gynækologie.*

Chabaneix (P.). — *Physiologie cérébrale. Le subconscient chez l'artiste, les savants et les écrivains.* — Volume in-8° de 125 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1897. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

Cololian (P.). — *Les Alcooliques persécutés.* — Volume in-8° de 112 pages. — Paris, 1898. — Librairie Ollier-Henry.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France (huitième session tenue à Toulouse, du 2 au 8 août 1897). Deuxième partie publiée par V. Parant secrétaire général. — Paris, 1898. — Librairie G. Masson.

Finkelstein (L.). — *Zwei Fælle sogenannter* (folie par transformation; folie en commun). — Brochure in-8° de 19 pages. — Leipzig, 1897. — Librairie F. Deuticke.

Funaioli (P.). — *Sulla paralisi progressiva* (Studio statistico-clinico). — Volume in-18 de 243 pages. — Siena, 1898. — Tip. Mana all' Insegna dell' ancora.

Garnier (P.). — *Internement des aliénés* (thérapeutique et législation). — Volume in-18 de 248 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, 1898. — Librairie Rueff et Cie.

Mariani (C.-E). — *Di un caso di graforrea intercorrente.* — Brochure in-8° de 4 pages. — Torino, 1898. — *Bollettino del Policlinico Generale di Torino.*

Selvatico-Estense (G.). — *La cura dell' epilessia in Inghilterra e in America.* — Brochure in-8° de 23 pages. — Reggio-Emilia, 1898. — Tipografia Calderini e Figlio.

Tonoli (G.). — *Contributo clinico sui rapporti fra paranoia acuta ed ossessione.* — Brochure in-8° de 31 pages. — Nocera Inferiore, 1898. — Tipografia del Manicomio.

Ziehen (Th.). — *Leitfaden der Physiologischen Psychologie in 15 Vorlesungen.* — Volume in-8° de 263 pages, avec 23 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Iéna, 1898. — Verlag von G. Fischer.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 598.

Vol. V. Juin 1898. N° 30

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

UN CAS DE TUMEUR DE LA MOELLE. — DIAGNOSTIC DU SIÈGE PAR LES LOCALISATIONS RADICULAIRES;

Par MM. ROUX et PAVIOT (de Lyon).

Les cas complètement observés de tumeur de la moelle ne sont pas si fréquents qu'il n'y ait pas d'intérêt à publier le suivant, que nous avons étudié d'une façon complète depuis la clinique jusqu'à l'examen histologique. Mais le fait que l'on va lire offre un intérêt à d'autres points de vue : cliniquement nous avons pu, à l'aide des localisations radiculaires, à l'heure actuelle assez bien connues, faire le diagnostic exact du siège de la lésion ; la superposition des symptômes aux lésions nous a permis en outre de tirer quelques conclusions au point de vue du trajet des voies sensitives intramédullaires et de décrire une forme particulière de dissociation de la sensibilité ; enfin au point de vue histologique, cette tumeur nous a paru intéressante par sa structure assez particulière et par le grand nombre et la disposition de ses métastases sur les racines rachidiennes et les nerfs de la queue de cheval.

Observation. — Résumé. — *Début par des troubles subjectifs de la sensibilité au bras gauche et aux deux membres inférieurs. — Diminution de force, parésie, enfin paraplégie spasmodique des deux membres inférieurs, égale des deux côtés ; douleurs aiguës non localisées; pas de troubles objectifs de la sensibilité; pas de troubles des sphincters.*

Paraplégie devient complète; apparition de l'œdème des membres

inférieurs ; troubles objectifs de toutes les sensibilités cutanées; conservation des sensibilités profondes et des sensibilités réflexes; contractions réflexes très douloureuses des muscles des membres inférieurs survenant sous l'influence de la moindre excitation. Apparition des troubles des sphincters.

Phénomènes de compression radiculaire; au point de vue moteur, dans le domaine des septième et huitième cervicales et première dorsale de chaque côté, un peu plus prononcés à gauche; au point de vue sensitif, d'abord dans le domaine de la deuxième dorsale, puis de la huitième cervicale, des première et deuxième dorsales à gauche; de la première dorsale seulement à droite. Absence de phénomènes pupillaires. — Mort de pneumonie.

Autopsie. Macroscopiquement. — *Tumeur s'étendant sur la partie latérale gauche de la moelle;* en hauteur, *depuis la sixième cervicale jusqu'au-dessous de la deuxième dorsale; dans le sens transversal, depuis le sillon collatéral postérieur gauche jusqu'au sillon collatéral antérieur droit (dans sa plus grande largeur), en contournant la face latérale gauche et la face antérieure de la moelle. Déviation et compression modérée des cinquième et sixième cervicales antérieures gauches. Déviation et compression considérable des septième et huitième cervicales antérieures gauches. La première dorsale gauche émerge du sein même de la tumeur; deuxième dorsale légèrement atteinte. Les racines postérieures gauches correspondantes sont légèrement soulevées sans être déviées notablement. Les racines antérieures ou postérieures du côté droit ne sont pas atteintes par la tumeur.*

Microscopiquement. — *Neuro-gliome né dans la moitié gauche de l'axe gris, au niveau des sixième, septième et huitième cervicales, étendu au centre de la moelle de la sixième cervicale à la première dorsale, puis sorti de la moelle. Généralisations : sous forme d'infiltration diffuse et légère de toute la pie-mère médullaire ; sous forme de semis polypeux sessiles ou pédiculés sur diverses racines et sur la queue de cheval. Pas de processus cavitaire dans la tumeur.*

R. E..., cordonnier, âgé de quarante-cinq ans, entré le 20 mai 1896, salle Sainte-Jeanne, dans le service de M. le professeur Teissier.

Les renseignements qu'il donne sur ses antécédents héréditaires sont très incomplets et n'offrent rien de particulier. Lui-même a toujours joui d'une assez bonne santé; cependant, à l'âge de vingt ans, il eut une bronchite qui dura deux mois et demi et fut accompagnée de quelques hémoptysies légères. Depuis, il n'a jamais toussé. Il n'a eu aucune autre maladie infectieuse. Il nie énergiquement la syphilis, n'a présenté aucun accident vénérien, aucune manifestation cutanée ou muqueuse; sa femme n'a jamais

eu de fausse couche. Il n'est pas rhumatisant, n'a jamais eu de fièvres intermittentes. Il est un peu suspect d'alcoolisme (vin, absinthe).

Affection actuelle. — Les premiers symptômes se sont montrés il y a trois mois et demi, et ont consisté en quelques douleurs du bras gauche, que le malade attribuait à l'action d'un courant d'air auquel il était exposé en travaillant. Ces douleurs gagnèrent bientôt la région dorso-lombaire, et il y a trois semaines se sont montrées aux membres inférieurs. En même temps se produisait de l'anesthésie de la plante du pied : le malade ne sentait pas le plancher en marchant; ses pieds s'engourdissaient dans son lit et il ne les sentait plus. Depuis quinze jours ont débuté les troubles moteurs : d'abord simple diminution de force, puis parésie progressive.

Actuellement. — La *marche* est difficile, d'aspect spasmodique, mais en même temps le malade lance un peu le pied en avant et talonne. Pas de trouble de la *station debout*, pas de signe de Romberg.

Les *réflexes rotuliens* sont exagérés, il y a de la trépidation épileptoïde du pied et de la rotule. — Le malade résiste bien à tous les mouvements qu'on essaye d'imprimer aux membres inférieurs, la *force* ne semble pas diminuée. Il exécute bien tous les mouvements commandés : pas d'*incoordination* motrice.

Pas de troubles de la *sensibilité objective*. Pas de troubles trophiques, ni d'atrophie musculaire.

Aux *membres supérieurs*, il paraît y avoir une diminution de force notable du côté gauche : le malade serre beaucoup moins fort que de la droite. Pas de troubles de la *sensibilité objective*, mais il y a toujours des *douleurs vagues* sans localisation précise. Pas d'incoordination, ni de tremblement. Pas de troubles trophiques, ni d'atrophie musculaire.

Les *sphincters* ont fonctionné normalement jusqu'à présent; cependant, depuis quelques jours, le malade s'aperçoit qu'il a un peu de peine à uriner, il est obligé de pousser, la miction se fait attendre.

L'*examen de la colonne vertébrale* ne révèle rien d'anormal : pas de déformations, ni de saillies; pas de points douloureux, nulle part d'abcès par congestion.

Du *côté de la face aucun symptôme*, si ce n'est un tic facial, très léger, et dont le malade ne s'était jamais aperçu; aucun trouble du côté de la musculature de la face et des yeux; aucun trouble de la sensibilité générale, ni des sensibilités spéciales.

Aucun trouble encéphalique.

Le diagnostic porté à ce moment par M. le professeur Teissier fut : *Paraplégie spasmodique. Pas de troubles de la sensibilité. Pas de phénomènes vésico-rectaux. Diminution de la force musculaire de*

la main gauche. Étiologie probable : *exposition au froid humide*. Mécanisme : *méningite spinale avec excitation des cordons latéraux*.

8 *août*. — La paraplégie est devenue complète et conserve ses caractères spasmodiques. Il y a un peu d'œdème des membres inférieurs. La *sensibilité cutanée* (dans ses trois modes) est très diminuée aux *deux* membres inférieurs, presque abolie dans certaines zones sans disposition régulière, ne répondant ni à des territoires nerveux, ni à des territoires radiculaires. — Pas de dissociation syringomyélique.

Les *sensibilités profondes* sont conservées, le malade a parfaitement la notion de la position imprimée à ses membres.

24 *août*. — *Membres inférieurs*. — Motilité volontaire totalement abolie : le malade ne peut exécuter le plus léger mouvement des orteils. Réflexes rotuliens très exagérés; trépidation épileptoïde; réflexe plantaire conservé, mais faible; réflexe crémastérien faible; réflexe bulbo-caverneux bien conservé.

La *sensibilité* consciente cutanée est absolument abolie dans tous ses modes : tact, douleur, température. — Les mouvements imprimés passifs provoquent dans tout le membre de vives douleurs, mais sans localisation précise. Une pression un peu forte en un point quelconque des membres inférieurs provoque également de vives douleurs : il semble donc que les sensibilités profondes (périostiques, tendineuses, articulaires...) soient non seulement conservées, mais exaltées. De plus, toutes ces explorations précédentes déterminent, non seulement dans le membre examiné, mais aussi dans l'autre, des contractions musculaires qui fléchissent légèrement les divers segments du membre les uns sur les autres, et *sont extrêmement douloureuses :* il semble qu'il y ait *hyperesthésie de la sensibilité musculaire*. La moindre cause suffit quelquefois pour déterminer ces contractions douloureuses; par exemple : un contact cutané (qui pourtant n'est pas perçu), léger, mais répété; par exemple aussi une secousse imprimée au lit du malade; elles semblent quelquefois survenir spontanément, surtout la nuit, et troublent le sommeil. Il ne semble pas y avoir *d'autres troubles subjectifs* de la sensibilité en dehors de ces contractions douloureuses.

Tronc. — Les troubles de la sensibilité objective s'étendent sur le tronc, jusqu'au niveau d'une ligne horizontale passant un peu au-dessus des mamelons, vers l'extrémité sternale de la cinquième côte. Ces troubles s'atténuent de bas en haut : au niveau de l'abdomen, les sensations fortes sont légèrement perçues, mais toujours mal localisées et avec un retard assez considérable. Au niveau de la limite supérieure, il ne s'agit plus que d'hypoesthésie : il n'y a pas de transition brusque, pas de zone d'hyperesthésie. Il semble qu'il y ait un certain degré de conservation de la sensibilité autour de l'anus : les contacts même légers sont *parfois* perçus; sur le scrotum, les piqûres sont seules parfois senties.

Le malade est incapable de se soulever ou de se tourner : les muscles du tronc semblent complètement paralysés. Il n'y a pas de paralysie du diaphragme. Il y a de l'incontinence de l'urine seulement la nuit : le besoin d'uriner n'est plus perçu.

Membres supérieurs. — 1° *A gauche.* *a*) Motilité. Pas de déformation de la main, ni de griffes des doigts : main en position normale; phalanges en demi-flexion sur la main et les unes sur les autres. Immobilité à peu près complète des doigts : les fléchisseurs et les extenseurs sont à peu près totalement paralysés. Les mouvements d'extension de la main se font encore avec assez de force ; la flexion est totalement impossible : si l'on place l'avant-bras en supination et la main renversée en extension, le malade est incapable de la relever.

La pronation et la supination sont encore possibles : la première se fait sans force; la seconde avec une vigueur presque normale ; le long supinateur se durcit et forme une corde sous la peau. La flexion de l'avant-bras se fait avec force et l'on sent et voit se durcir le biceps d'une façon normale.

Paralysie complète du triceps brachial. L'adduction et l'abduction du bras se font avec force, et on sent se durcir le deltoïde et le grand pectoral. Les mouvements de projection en avant et en arrière se font facilement, le premier avec plus de force que le second. L'omoplate est appliqué contre le tronc et en position normale : il bascule normalement dans les mouvements d'élévation du bras. Les épaules se soulèvent avec force, et le trapèze se contracte bien dans ses diverses portions.

En résumé. — *Paralysie :* interosseux et lombricaux, fléchisseurs superficiel et profond, petit et grand palmaire, cubital antérieur, extenseurs communs et propres des doigts; triceps brachial.

Parésie : rond pronateur, carré pronateur (?), radiaux, cubital postérieur.

Intégrité : long supinateur, biceps, brachial antérieur, coraco-brachial, grand pectoral deltoïde, grand dentelé et muscles de la ceinture scapulaire.

Réflexes : tendineux ne peuvent être provoqués. Pas de contractures douloureuses comme dans les membres inférieurs.

b) Sensibilité est intacte dans ses trois modes (pour la température, elle n'a été recherchée que d'une façon assez grossière, avec le crachoir métallique pour la sensation de froid, avec un bol contenant de la soupe pour la sensation de chaud), sauf dans une zone étroite allongée à la face interne du bras, où les sensations tactiles sont moins bien perçues. Mais même dans cette région, un contact un peu fort est toujours perçu, mais avec moins d'intensité que dans le reste du bras ; un effleurement très léger n'est pas perçu alors qu'il l'est dans le reste du bras.

Trophicité. — Pas d'atrophies musculaires; pas d'œdème, pas de troubles trophiques.

2° *A droite :* les troubles de la motilité présentent exactement les mêmes localisations, avec les différences d'intensité suivantes : les fléchisseurs de la main et des doigts peuvent encore ébaucher quelques mouvements. Les extenseurs des doigts sont aussi paralysés que du côté gauche, mais les extenseurs de la main sont mieux conservés encore que du côté gauche. Pas de différences pour les autres muscles. Les troubles de la sensibilité sont identiques : même zone d'hypoesthésie à la face interne du bras.

Tête et cou. — Intégrité absolue des muscles innervés par le bulbe : mouvements de la mimique, de la mastication, de la déglutition... de la parole, se font d'une façon absolument normale. La respiration et la circulation se font d'une façon normale ; pas de glycosurie, ni d'albuminurie. Ni vertiges, ni céphalée, ni délire. L'insomnie est due aux phénomènes douloureux. Aucun phénomène du côté des yeux, aucun trouble de la musculature externe. Pas de nystagmus. *Aucun trouble pupillaire :* pupilles égales réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. — Aucun trouble du côté des autres organes des sens. Pas de troubles vaso-moteurs à la face.

26 *août.* — Mêmes phénomènes. — Si on pince un pli cutané, le malade n'accuse aucune sensation. Si on pince une masse musculaire, il sent quelque chose, mais ne peut préciser. Il a conscience des mouvements passifs imprimés à ses membres. Il conserve toujours les mêmes *contractions réflexes douloureuses.* Il lui semble parfois sentir ses membres inférieurs se mouvoir, et cependant s'il les regarde à ce moment il les voit immobiles (hallucinations des sensibilités profondes et musculaires ?).

4 *septembre.* — Mêmes phénomènes, et de plus : *à gauche, hypoesthésie du petit doigt et du bord interne de la main.* Le grand pectoral des deux côtés se contracte moins bien dans sa portion sternale.

7 *septembre.* — A gauche, l'hypoesthésie au contact s'étend à une zone plus large : face interne du bras, de l'avant-bras, bord interne de la main et petit doigt. A droite, elle reste localisée à la face interne du bras. Il ne s'agit toujours que d'une *hypoesthésie légère,* ne pouvant être décelée que par un examen minutieux. Apparition d'une double eschare fessière.

10 *septembre.* — Mêmes phénomènes. *La localisation radiculaire très nette des troubles de la motilité et de la sensibilité* permet de fixer les limites supérieures de la lésion spinale. On reporte cette limite sur un schéma ; on la fait passer *en avant* horizontalement entre les sixième et septième racines motrices cervicales ; *en arrière,* elle s'élève moins haut, passe entre les première et deuxième dorsales à droite, entre les septième et huitième cervi-

cales à gauche. Il est vrai que les douleurs assez vives qui existent toujours, sans localisations précises dans toute l'étendue des deux membres supérieurs, permet de supposer que les racines de tout le plexus cervical sont plus ou moins irritées, soit dans leur trajet extramédullaire, soit dans leur trajet intramédullaire.

La limite inférieure est beaucoup plus difficile à établir; il est certain que la lésion n'atteint pas toute la hauteur de la moelle; les contractions réflexes douloureuses qui se produisent quelquefois par un simple contact prouvent l'intégrité de l'arc réflexe. Cet arc réflexe est intact au moins jusqu'à la limite inférieure de la moelle dorsale, car une excitation cutanée ou profonde de la racine de la cuisse provoque encore des contractions réflexes. Il est impossible de pousser plus avant les localisations. Les réactions électriques n'ont pu être recherchées.

16 *septembre*. — Des deux côtés, *les troubles de la sensibilité s'étendent* : le pouce seul conserve une sensibilité à peu près normale. — Les eschares se sont creusées, le malade a de la fièvre, est prostré, l'auscultation fait entendre un souffle tubaire à la base droite. — Mort le 18 septembre.

Autopsie le 19 *septembre*. — On trouve une pneumonie de la base droite, une congestion considérable de la base gauche; quelques tubercules crétacés aux deux sommets. Rien de particulier à signaler dans les divers organes, qui macroscopiquement sont sains. Nulle part on ne trouve de néoplasmes.

Système nerveux. — Le canal rachidien est ouvert de l'occipital à la deuxième sacrée. La moelle paraît déjà augmentée de volume au niveau de la région cervicale inférieure et dorsale supérieure. La surface externe de la dure-mère rachidienne présente un aspect normal : aucune trace d'inflammation, pas de congestion. On ne voit aucune lésion du canal vertébral. La moelle est retirée avec soin, après avoir placé un fil sur la cinquième lombaire et la première cervicale.

On examine de nouveau le canal vertébral et on vérifie l'absence de toute lésion. Les racines sont numérotées par des fils placés sur les quatrième et huitième cervicales; quatrième, huitième et douzième dorsales. La dure-mère est sectionnée le long de sa face postérieure sur la ligne médiane.

Jusqu'à la quatrième cervicale, la moelle présente un aspect normal. Au-dessous de la quatrième racine cervicale postérieure gauche commence à apparaître une masse néoplasique présentant les caractères suivants :

En *hauteur*, elle s'étend de l'espace compris entre les quatrième et cinquième cervicales à celui compris entre les première et deuxième dorsales.

Vue par la *face postérieure* de la moelle, elle est tout entière située sur la face latérale gauche, soulève bien les racines posté-

rieures correspondantes, mais sans les dévier notablement. La tumeur ne dépasse pas latéralement le sillon collatéral postérieur. Entre les deux sillons collatéraux postérieurs, sur une étendue de quatre à cinq centimètres, au niveau de la tumeur, existent des adhérences assez solides entre la dure-mère et la pie-mère. Si l'on retourne la moelle et que l'on sectionne la dure-mère sur sa *face antérieure*, la tumeur occupe une étendue verticale plus grande et se développe aussi davantage dans le sens transversal. Les cinquième et sixième cervicales antérieures gauches sont très déviées, décrivant un arc de cercle pour contourner la tumeur; celle-ci, à ce niveau, dépasse à peine le sillon collatéral antérieur.

Les septième et huitième cervicales antérieures gauches sont beaucoup plus déviées et paraissent sortir du sillon médian antérieur; elles sont minces et paraissent atrophiées. La première dorsale antérieure gauche émerge du sein de la tumeur elle-même; à ce niveau, celle-ci s'étend jusqu'au sillon collatéral antérieur droit et touche les racines antérieures droites à leur émergence. La deuxième dorsale est encore un peu englobée dans la tumeur.

Cette masse, d'aspect néoplasique, est rosée, de consistance assez ferme, sans aucune adhérence à la dure-mère; ses bords paraissent soulevés, décollés, non adhérents à la moelle, comme si la tumeur était pédiculée.

Au-dessous de cette tumeur, la moelle paraît saine ; il n'y a plus d'adhérence à la dure-mère. Au niveau des neuvième et huitième racines dorsales, sur le côté gauche, on trouve une petite masse insérée par un mince pédicule sur la face latérale de la moelle, et présentant un aspect polypeux.

Au milieu des nerfs de la queue de cheval, on trouve plusieurs petites masses de la grosseur d'un pois à celle d'un grain de chènevis, et dont l'aspect, la coloration rappellent la tumeur principale.

En résumé, on a l'impression d'une tumeur dont le point de départ a été la région cervico-dorsale; c'est là nettement son maximum d'épaisseur; c'est de là qu'elle s'étend en haut et en bas en s'amincissant progressivement; sa forme générale est celle d'un fuseau; macroscopiquement, on distingue mal ce qui reste de la moelle au point maximum d'épaisseur de la tumeur; mais le tronc médullaire paraît complètement englobé tant par la tumeur que par la pie-mère cancéreuse, il garde cependant une certaine rigidité et ne doit pas, [pour cette raison, avoir été complètement détruit par la néoplasie mollasse que l'on voit prédominer nettement comme saillie du côté gauche de la moelle. Sur les coupes rares que l'on pratique immédiatement, il n'est pas non plus possible de se rendre un compte exact des rapports de la moelle et de la néoplasie.

L'impression à l'autopsie fut donc que l'on avait affaire à un

gliome de la moelle, assez malin pour donner ces généralisations petites mais multiples à la pie-mère dans presque toute sa hauteur.

Examen histologique. — La *moelle* fut recueillie de la façon suivante, classique d'ailleurs, pour faire une étude parallèle des dégénérescences et des altérations cellulaires : de l'émergence de la cinquième racine cervicale jusqu'à la première dorsale, elle fut fixée par les alcools successifs et débitée en six fragments numérotés de I à VI, de haut en bas.

Furent aussi passés dans les alcools successifs deux fragments prélevés au niveau des onzième et douzième dorsales, parce qu'en ce point la pie-mère paraissait à nouveau envahie. Enfin, de la même façon fut traitée par les alcools la moelle cervicale de l'émergence de la quatrième cervicale jusqu'à celle de la deuxième cervicale, en fragments numérotés de I à IV de haut en bas. Fut aussi placée dans l'alcool une petite tumeur du volume d'un pois, appendue à la pie-mère entre l'émergence de la huitième et la neuvième dorsales. Tout le reste de la moelle fut placé dans le liquide de Müller.

Les symptômes observés du vivant du malade et les localisations radiculaires connues actuellement n'indiquaient pas de chercher la localisation de la lésion au-dessous de la deuxième dorsale; aussi, au-dessous de cette racine, toute la moelle fut mise dans le Müller, sauf les deux fragments prélevés au niveau des onzième et douzième dorsales; mais extérieurement la tumeur continue à déformer la moelle jusqu'à un niveau compris entre l'émergence des troisième et quatrième dorsales; dès la deuxième dorsale, elle n'est plus visible macroscopiquement au centre de la moelle; et au niveau de la quatrième, elle infiltre et épaissit encore un peu plus la pie-mère, mais ne déforme plus la moelle.

Après trois semaines de séjour dans le Müller, il fut prélevé deux tranches minces de moelle au niveau de la deuxième racine cervicale; deux tranches semblables au niveau de la quatrième racine dorsale; ces fragments furent imprégnés pendant douze jours par le liquide de Marchi.

Il serait superflu et très long de prendre une à une les coupes histologiques pratiquées aux diverses hauteurs dans la tumeur; cela nous exposerait de plus à des redites inutiles; nous allons donc simplement topographier la tumeur, tant dans la moelle que hors de la moelle, en synthétisant les résultats que nous ont donnés nos coupes. En effet, la tumeur a une portion intramédullaire de hauteur minime relativement à une portion extramédullaire qui, elle, s'étend beaucoup plus.

Sur les coupes pratiquées à toutes les hauteurs de la cinquième cervicale à la première dorsale, la tumeur offre une portion intramédullaire et une portion extramédullaire; ce n'est qu'au niveau

de la septième racine cervicale qu'un pont large et épais d'ailleurs fait communiquer les deux portions intra et extramédullaires. Ce pont n'existe qu'au niveau de la septième cervicale et un peu au-dessus; mais dès la sixième cervicale et même un peu au-dessous, comme immédiatement au-dessus de la septième cervicale, il y a toujours une portion de la tumeur médullaire séparée par une bande subsistante de moelle de la portion extramédullaire. Sur les coupes histologiques (faites comparativement au Nissl, au carmin, à l'éosine hématoxylique), il est de la dernière facilité de reconnaître ce qui appartient à la tumeur et ce qui subsiste de la moelle.

On peut très vraisemblablement considérer que la néoplasie est née de la moitié gauche de la substance grise au niveau de la septième racine cervicale; de là, elle a filé en haut et en bas au centre de la moelle; en haut, elle ne dépasse pas sensiblement l'émergence de la sixième cervicale; en bas, sa limite à l'œil nu, toujours au centre de la moelle, ne dépasse pas la deuxième dorsale sûrement; mais, au niveau de la septième cervicale, la tumeur a rapidement gagné la périphérie de la moelle, elle en est sortie et de là s'est étendue, en haut, jusqu'au voisinage de la quatrième cervicale, et en bas de la deuxième dorsale; et, de plus, a semé à distance les petits nodules isolés, secondaires, que nous avons rencontrés dans toute la pie-mère des régions dorso-lombaires et de la queue de cheval. C'est à penser que la pesanteur a bien pu intervenir pour faire que l'extension pie-mérienne de la tumeur soit plus accentuée en bas qu'en haut et que les semis néoplasiques pie-mériens lointains prédominent aussi vers la queue de cheval, tandis qu'il manque à peu près totalement dans la région cervicale supérieure de la moelle.

Jusqu'au niveau de la deuxième dorsale, la tumeur déforme la moelle, y creusant une forte dépression; dans toute la hauteur de la tumeur, le fuseau constitué par celle-ci et la moelle s'est moulé sur le canal rachidien, la moelle ayant subi une légère torsion qui a porté sa moitié droite un peu à droite et en avant.

A certains niveaux, la tumeur a bourgeonné dans les gaines pie-mériennes des nerfs, ceux-ci étant complètement englobés, mais des interstices celluleux les séparant encore; ailleurs, c'est uniquement la pie-mère qui paraît avoir été son tissu d'extension.

Au point de vue de la nature histologique vraie du néoplasme, nous avouerons immédiatement notre embarras. Nous nous sommes trouvé en présence d'une tumeur qu'il est évidemment très rarement donné d'observer, et, par suite, nous n'avons eu aucun point de comparaison. Voici ce que nous avons vu.

Quand on observe la néoplasie au niveau de son point de départ, c'est-à-dire sur ces coupes où elle apparaît comme un champignon dont le pied plonge jusqu'au centre de la moelle et

Fig. 7.

Moelle de la quatrième racine cervicale à la deuxième racine dorsale.

(Les traits qui relient à la moelle les cinq coupes dessinées à droite aboutissent au niveau auquel elles ont porfé). — *p*, *i*, portion extra-médullaire de la tumeur, — *p*, *e*, portion extra-médullaire ; 1, 1, ligne en — — —, vue en perspective, représentant les limites de la tumeur sur la face antérieure de la moelle ; — 2, 2, ligne en + + + représentant les limites de la tumeur sur la face postérieure.

le chapeau recouvre la moitié de la moelle, et quand on l'observe par comparaison sur un de ces grains de généralisation, les résultats sont très sensiblement différents.

Dans la tumeur principale et dans ses généralisations à la pie-mère (au niveau de la douzième dorsale, par exemple), on trouve une nappe de noyaux, très inégaux, assez vigoureusement teintés par les colorants; ces noyaux font partie de cellules dont le protoplasma doit être très fragile et peu abondant, car il est impossible d'isoler autour du noyau un contour cellulaire précis, et, de plus, ces noyaux sont très abondants et très pressés; ils plongent dans une substance granuleuse, dans laquelle, après les manipulations ordinaires, il est impossible de distinguer ce qui appartient à chaque cellule. Par points, il semble qu'on pourrait penser que plusieurs noyaux appartiennent à la même cellule, parce qu'ils se groupent ou s'alignent; mais en réalité le contour cellulaire reste toujours indécis et plus que douteux.

Quand nous analysons une des coupes de la moelle qui ont porté dans des points où la néoplasie n'existe plus au centre (cinquième cervicale et au-dessus et douzième dorsale, par exemple), on constate que le canal épendymaire n'est nulle part normal; à sa place est une nappe de cellules à noyau vigoureusement coloré; cette nappe devient moins compacte à sa périphérie et assez loin autour d'elle on voit encore, semées de distance en distance, des lignes concentriques de cellules semblables; dans l'intervalle de ces lignes est un tissu granuleux; *nulle part nous n'avons vu de cavité.* Mais ce qui frappe, c'est que, entre ces cellules épendymaires en surproduction, les cellules néoplasiques du centre de la moelle, au niveau de la tumeur, et celles de la portion bourgeonnante hors de la moelle, il n'y a pas de différence morphologique, les caractères des noyaux sont identiques, leur réaction aux colorants semblable, la substance granuleuse dans laquelle ils sont plongés ne diffère pas non plus sensiblement.

Mais, quand on observe un des grains néoplasiques appendus à la queue de cheval ou cette petite tumeur végétante sur la pie-mère, entre la huitième et la neuvième dorsale, on est forcé de reconnaître là des caractères spéciaux à la tumeur. En premier lieu, elle se lobule finement; chaque lobule est rond ou bien polygonal par compression, un léger feutrage connectif le sépare du voisin. Dans l'intérieur du lobule sont les cellules néoplasiques, mais alors orientées et de deux façons, suivant le lobule que l'on observe : ou bien il s'agit d'une orientation rayonnée, ou bien d'une orientation à tourbillon. Les cellules n'ont pas modifié les caractères de leur noyau ni ceux de leur protoplasma fragile, grêle, à peine différencié, mais elles se sont orientées suivant de très fines trabécules, qui ont un aspect granuleux, manquant de contour. A la périphérie des lobules les cellules et leurs noyaux

surtout sont encore visibles, mais vers le centre il semble qu'il n'y a plus que ces fibrilles granuleuses, dont la nature nous échappe. Que ces fibrilles décrivent un tourbillon ou affectent une disposition radiée, le centre du lobule est toujours marqué par une tache rose de tissu conjonctif embryonnaire qui supporte un vaisseau et dans laquelle sont de nombreux grains de pigment ocre. Certains lobules, les plus étendus en général, paraissent dépourvus de noyaux et de cellules et ne plus être constitués que par un feutrage orienté dans un sens ou dans l'autre de ces fibrilles granuleuses et grêles ; ces fibrilles, nous le répétons, n'ont pas aux colorants les réactions du tissu conjonctif, mais bien celles de la substance granuleuse dans laquelle partout ailleurs sont plongés les noyaux. Nous n'avons pas retrouvé cet aspect du néoplasme même dans la portion où la tumeur a acquis le plus de volume. *Neuro-gliome*, dirions-nous, comme nature histologique.

Quand on observe une racine envahie par la néoformation, on voit les cellules s'infiltrer de préférenee dans le périnèvre, le dissocier en lamelles et entourer la racine tout entière avant de pénétrer à son intérieur; cependant, bon nombre des racines que nous avons rencontrées sont en grande partie envahies et les tubes nerveux n'y sont plus reconnaissables.

Dans les points très éloignés de la tumeur elle-même, au niveau de la troisième cervicale, par exemple, nous avons constaté à la méthode de Nissl, mais aussi visibles à tous les autres colorants, des altérations cellulaires de la corne antérieure qui consistent en la transformation des grandes cellules pyramidales en bloc granuleux, sombres, piriformes, en fuseaux ou en raquettes, n'occupant plus que le tiers ou la moitié de leur loge. Mais nous devons dire qu'à aucune hauteur on ne trouve la pie-mère intégralement respectée par les cellules néoplasiques, qui y font toujours des traînées plus ou moins épaisses à tous les niveaux, aussi nous avons observé cette réaction du côté des cellules épendymaires sur laquelle nous avons insisté tout à l'heure.

Les coupes où la tumeur a une portion centrale, c'est la place de la corne gauche qui est occupée par le néoplasme, la petite masse cellulaire de l'épendyme et la corne droite sont déformées toujours bien visibles et bien séparées, les cornes antérieure et postérieure de droite s'enroulant, sous forme de grosse virgule bien allongée autour de la masse centrale qui occupe la moitié gauche de la moelle.

Nous ajouterons pour terminer que l'étude des dégénérescences au-dessus de la tumeur (au niveau de la deuxième cervicale) par la méthode de Marchi, nous a montré des fibres dégénérées dans tout le territoire des cordons postérieurs et assez uniformément, sans prédominance marquée pour le faisceau de Goll ou celui de Burdach. l'explication de ce fait nous semble résider dans l'atteinte par la

néoplasie de la pie-mère et de presque toutes les racines et à toutes les hauteurs. Dans les cordons antéro-latéraux, le cérébelleux direct et le faisceau de Gowers, seuls offrent des fibres dégénérées. — Au-dessous de la tumeur (au niveau de la quatrième racine dorsale) sauf une prédominance marquée dans le faisceau pyramidal croisé, les fibres dégénérées sont à peu près uniformément réparties dans tous les autres faisceaux.

Cette observation nous paraît intéressante au triple point de vue du diagnostic, de la physiologie pathologique, de l'anatomie pathologique.

Le diagnostic n'était pas sans difficultés. L'existence aux membres inférieurs d'une paraplégie spasmodique avec troubles de la sensibilité éveillait immédiatement l'idée, soit d'une lésion transverse de la moelle, soit d'une lésion diffuse d'une méningo-myélite, dont le type est la méningo-myélite syphilitique. Nous éliminâmes ce dernier diagnostic pour les raisons suivantes :

a). Non seulement il y avait exagération des réflexes tendineux, ce qui se voit aussi dans la méningo-myélite, et peut manquer dans les lésions médullaires transverses; mais tous les réflexes cutanées étaient exagérés, un contact qui n'était pas perçu par le malade provoquait cependant des contractions musculaires réflexes. Cela nous indiquait que l'arc réflexe sensitivo-moteur était intact dans toute la portion inférieure de la moelle, que par conséquent ni les racines antérieures, ni les postérieures n'étaient *sérieusement* atteintes dans leur trajet extra ou intra-médullaire. La lésion devait donc être recherchée plus haut, sur le faisceau pyramidal pour les troubles moteurs, sur les voies sensitives intra-médullaires pour les troubles de la sensibilité.

b). Dans la méningo-myélite les cordons postérieurs sont atteints d'une façon précoce, il y a quelquefois de l'incoordination motrice au début, souvent des troubles de la sensibilité réflexe ; plus tard, les troubles de la sensibilité consciente sont au contraire peu accusés. Dans notre cas, il n'y eut à aucun moment de l'incoordination, les sensibilités réflexes étaient exagérées, les sensibilités conscientes étaient au contraire très atteintes. Mais nous reviendrons plus loin sur la physiologie pathologique de ces troubles de la sensibilité.

c). En remontant, dans les membres supérieurs nous trou-

vions des signes très nets de lésion extra-médullaire, *de compression radiculaire*. Plus haut, il n'y avait absolument rien, intégrité complète de l'extrémité céphalique.

En résumé, pour les membres inférieurs, signes de lésion transverse de la moelle ; pour les membres supérieurs, signes de compressions radiculaires; au-dessus, intégrité complète. Le diagnostic s'imposait donc ; cause pathologique agissant sur un point limité de l'axe médullaire. Il s'agissait d'en préciser le *siège* et la *nature*.

Nous pouvions fixer le siège d'une façon assez précise en nous basant sur les localisations radiculaires bien connues depuis les travaux de Feré, Ferrier et Yeo, Forgues, Sherrington, Thornburn, Starr, Raymond, Ballet, Abbe, Bennett, Chipault, etc., etc. Au point de vue moteur la paralysie se localisait exactement des deux côtés dans le domaine des septième, huitième cervicales et première dorsale. Quelques muscles innervés par ces racines, surtout à droite paraissaient incomplètement paralysées, mais nous pouvions admettre soit une paralysie incomplète de ces racines, soit, ce que l'on admet généralement, l'innervation complémentaire par quelques fibres venues des racines situées plus haut. Le territoire moteur des cinquième et sixième cervicales étaient intacts des deux côtés.

Au point de vue sensitif, les troubles étaient moins prononcés, nous ne trouvions des troubles objectifs que dans le domaine de la deuxième dorsale, d'abord, puis plus tard, à gauche dans le domaine de la première dorsale et huitième cervicale ; et encore ne s'agissait-il que d'hypoesthésie appréciable seulement à un examen minutieux.

La limite supérieure de la lésion était donc cliniquement la suivante : en avant, ligne horizontale passant entre la sixième et la septième cervicale en arrière, ligne oblique passant à gauche entre la septième et huitième cervicale à droite entre la première et deuxième dorsale.

Quant à la limite inférieure il nous fut impossible de la préciser. Nous pouvions cependant affirmer qu'il n'y avait pas de lésion *notable* de la portion lombaire, car en pinçant la peau de la racine du membre on provoquait encore des contractions réflexes, preuve de l'intégrité de l'arc sensitivo-moteur.

L'autopsie nous montra que les lésions remontaient un peu

plus haut que ne permettaient de le prévoir les localisations radiculaires : les cinquième et sixième cervicales étaient atteintes par la tumeur. Cela n'infirme nullement pour cela les connaissances antérieurement acquises sur ces localisations radiculaires. En effet, les cinquième et sixième cervicales étaient beaucoup moins comprimées que les suivantes, on pouvait parfaitement admettre leur intégrité fonctionnelle; et il y a un enseignement à en tirer, c'est que les racines résistent assez bien à la compression.

Ce qui est plus difficile à comprendre c'est la bilatéralité des symptômes soit médullaires, soit radiculaires. A l'inspection de nos préparations ou des figures ci-jointes un observateur non prévenu penserait certainement que notre malade avait dû présenter de son vivant le syndrome de Brown-Sequard. A aucun moment cependant la paralysie ou les troubles de la sensibilité du côté opposé n'ont été unilatéraux. L'explication doit, croyons-nous, être recherchée dans l'intensité de la compression, résultant du développement très rapide de la tumeur.

Le diagnostic de nature de la lésion pouvait-il être fait? Après avoir assisté impuissant à l'inefficacité absolue du traitement spécifique, nous sommes restés dans le doute à ce sujet. La rapidité d'évolution des symptômes, surtout en l'absence de toute cause d'inflammation locale, aurait peut-être pu nous faire songer à un néoplasme et nous aurait peut-être conduit à une intervention chirurgicale, comme dans le cas très analogue de Raymond [1]. La localisation initiale au sein de la moelle de la tumeur nous enlève tout regret à ce sujet.

Notre observation soulève plusieurs questions intéressantes de physiologie pathologique; nous insisterons sur deux points : les troubles de la sensibilité, les localisations dans l'axe gris médullaire.

*
* *

Les troubles de la sensibilité offraient une forme assez particulière caractérisée par la *dissociation entre les sensibilités cutanées et les sensibilités profondes*. Les premières étaient complètement abolies, les secondes paraissaient au contraire exaltées. Les contacts et les piqûres cutanées, les

[1] Raymond. — *Contribution à l'étude des tumeurs névrogliques de la moelle.* (*Arch. Neur.*, 1893, t. XXVII, p. 97.)

sensations thermiques n'étaient pas perçues ; au contraire la pression profonde sur les muscles, les os, était sentie et même douloureuse; la notion de position était parfaitement conservée ; les mouvements passifs imprimés aux membres étaient douloureux ; les contractions réflexes se produisant sous l'influence des moindres excitations étaient très douloureuses. En résumé nous avions nettement de l'*anesthésie complète des sensibilités cutanées* avec au contraire de l'*hyperesthésie des sensibilités profondes* (tendineuses, articulaires, osseuses, musculaires). On pourrait *peut-être* même admettre comme nous l'avons fait dans l'observation, de véritables hallucinations du sens musculaire; le malade croyant parfois sentir remuer ses jambes alors que celles-ci restaient parfaitement immobiles.

Quelle est la raison de cette dissociation, quelle signification peut-on lui attribuer c'est là un point sur lequel nous voulons insister. Mais il nous faut auparavant entrer dans quelques développement au sujet des voies sensitives intramédullaires.

Toutes les sensations sont apportées à la moelle par les racines postérieures. On peut les diviser en deux groupes : 1° *sensations cutanées : a*) tactiles; *b*) douloureuses; *c*) thermiques, etc. 2° *sensations profondes : a*) sens musculaire, *b*) tendons, ligaments, aponévroses, articulations, etc.

Dès leur entrée dans la moelle les *sensations cutanées se séparent des sensations profondes* : les sensations cutanées passent de l'autre côté, comme le prouve l'hémianesthésie croisée de l'hémisection de la moelle et du syndrome de Brown-Séquard. C'est là un fait qui a été constaté un grand nombre de fois, et cependant ce n'est pas un dogme indiscutable.

Contrairement à Brown-Séquard, Mott a vu l'hémisection s'accompagnet d'une diminution *bilatérale* des sensations douloureuses, puis, dans la suite, l'anesthésie se cantonner *du côté* de l'hémisection ; Brown-Séquard, lui-même, a eu sa conviction ébranlée par ces expériences contradictoires, et s'est demandé, dans la suite, si dans les cas qu'il avait observés il ne s'agissait pas de phénomènes de dynamogénie, d'inhibition et non, comme il l'avait cru d'abord, de suppression d'action, de phénomènes de déficit [1].

[1] Brown-Séquard. *Arch. Phys.*, 1894, p. 195.

Au point de vue clinique, le syndrome de Brown-Séquard conserve

Les *sensations profondes* au contraire paraissent rester du même côté : dans le syndrome de Brown-Séquard tous les observateurs ont noté que le sens *musculaire* était conservé du côté hémianesthésié. Il est vrai que toutes ses observations sont loin d'avoir une égale valeur : en les lisant on s'aperçoit que le plus souvent ce sont les sensibilités profondes en général, que les observateurs se sont contentés de rechercher (notion de position, reproduction d'une attitude, etc...) et non le sens musculaire dont la recherche est beaucoup plus difficile. Du côté paralysé beaucoup d'observateurs signalent la conservation des sensibilités profondes et du sens musculaire, ce qui nous paraît impossible à rechercher. La recherche des sensibilités articulaires, tendineuses, etc., est presque impossible à rechercher méthodiquement lorsque la sensibilité cutanée est conservée, car elle supplée les sensibilités profondes. Le sens musculaire ne peut évidemment pas être recherché sur un membre dont les muscles ne se contractent pas. Dans le syndrôme de Brown-Séquard on ne peut donc affirmer que les sensibilités profondes sont abolies du côté de la lésion, car on est gêné par la persistance de la sensibilité cutanée ; on ne peut pas davantage affirmer l'altération du sens musculaire, puisque les muscles ne se contractent pas. Pour notre compte, nous avons plusieurs fois essayé de tourner la difficulté en anesthésiant la peau à l'aide de la réfrigération, et en faisant contracter les muscles à l'aide de l'électricité. Nous avouons n'être arrivé à aucun résultat précis. Au point de vue qui nous occupe, le syndrome de Brown-Séquard n'a donc pas toute la précision qu'on lui a attribuée. Il permet d'affirmer une seule chose, la conservation de la sensibilité profonde avec anesthésie cutanée du

toute sa valeur. Mais, l'expérimentation donne les résultats les plus contradictoires :

a). On fait une première section cervicale et on obtient le syndrome complet. Fait-on une deuxième section dorsale, l'anesthésie est remplacée par de l'hyperesthésie ; la zone de l'hyperesthésie par de l'anesthésie. — *b*). La simple piqûre d'un cordon postérieur peut produire le syndrome de Brown-Séquard. — *c*). La section des racines postérieures arrivant à la partie supérieure de la moelle dorsale produit de l'hyperesthésie du *membre inférieur* du même côté de l'anesthésie du côté opposé. — *d*). Après l'hémisection, l'hémianesthésie peut disparaître par élongation du sciatique du côté anesthésié. Tous ces effets ne peuvent guère en effet, s'expliquer que par une action dynamogénique.

côté opposé à la section, c'est-à-dire la dissociation qui nous occupe[1].

Non seulement les sensations profondes restent du même côté de la moelle, mais elles suivent les fibres radiculaires moyennes et longues des cordons postérieurs : la section de ceux-ci amène entre autres symptômes l'anesthésie des tissus profonds (Schiff).

En résumé l'étude du syndrome de Brown-Séquard permet d'affirmer que les sensibilités cutanées se séparent des sensibilités profondes dans la moelle. La section des cordons postérieurs nous montre que ces dernières suivent ces cordons postérieurs[2]. Notre observation vient pleinement confirmer ces deux données, en nous montrant la *dissociation* de ces deux espèces de sensation, et la *conservation*, l'*exaltation même des sensibilités profondes avec l'intégrité relative, l'excitation probablement même des cordons postérieurs*. Dans notre observation ceux-ci paraissaient en effet les moins altérés des faisceaux blancs.

La dissociation des sensibilités cutanées et profondes a très peu attiré l'attention jusqu'ici ; voici pourquoi. L'étude en est très facile lorsqu'on a comme dans notre cas, comme dans le syndrome de Brown-Séquard, de l'anesthésie cutanée avec conservation des sensibilités profondes : il est très facile de voir que si la peau ne sent rien, les tissus profonds sentent très bien ; nous n'avons pas besoin d'indiquer les recherches à faire pour cela.

Lorsque au contraire il y a disparition des sensibilités profondes avec conservation des sensibilités cutanées, le phénomène passe presque forcément inaperçu, car dans presque tous les examens qu'on fait subir (pression, notion de position, etc.) la sensibilité cutanée intervient pour suppléer les

[1] Cette dissociation a été observée en particulier et d'une façon très nette dans un cas de Raymond (hémisection de la moelle par un coup de couteau). (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1897, p. 1.)

[2] Quant aux sensibilités cutanées, leur trajet ultérieur est encore fort mal connu. Après avoir franchi la ligne médiane (comme le montre le syndrome de Brown-Séquard) elles se dissocient encore : les sensations douloureuses et thermiques restent dans l'axe gris ou son voisinage dans le cordon antéro-latéral (syringomyélie, hématomyélie, myélite centrale, etc...) ; les sensations tactiles vont au cordon postérieur (sections de ceux-ci (Schiff) tout en restant au voisinage de l'axe gris (syringomyélie sans dissociation).

sensibilités profondes disparues. Pour les sensibilités articulaires, tendineuses, etc., la meilleure épreuve consiste croyons-nous, à placer nos membres dans une attitude donnée et à la faire reproduire par l'autre membre, tout cela bien entendu en fermant les yeux du malade. Quant au sens musculaire, les divers moyens qu'on a recommandés (cette même reproduction d'une attitude donnée — l'impossibilité de se tenir debout les genoux à demi fléchis — l'élévation du talon à une hauteur donnée, etc.) sont tous passibles du même reproche en ce qu'ils mettent en jeu les autres sensibilités tendineuses, articulaires, etc. Le meilleur critérium de la disparition du sens musculaire est encore, quoi qu'on en ait dit, l'existence de l'incoordination motrice (en dehors des cas où celle-ci est sous la dépendance de lésions centrales), ou bien pour les membres supérieurs des erreurs notables dans l'appréciation de différents poids (et encore dans ce cas les autres sensibilités interviennent).

En résumé facile à découvrir lorsqu'elle a lieu dans un sens (anesthésie cutanée avec conservation des sensibilités profondes) la dissociation que nous indiquons est très difficile à dépister lorsqu'elle a lieu dans le sens opposé (anesthésie profonde avec conservation des sensibilités cutanées).

Quelle est la signification diagnostique de ces deux syndromes. Nous croyons pouvoir la résumer de la façon suivante : la première forme, anesthésie cutanée avec conservation des sensibilités profondes, nous semble indiquer une lésion agissant d'avant en arrière, respectant plus ou moins les cordons postérieurs, dans notre cas par exemple. La seconde indique au contraire une lésion prédominante sur les cordons postérieurs (le tabes par exemple).

*
* *

Notre observation apporte un élément à la solution d'une autre question encore très discutée, celle de l'origine des fibres dilatatrices de la pupille. On sait que ces fibres sortent de la moelle par les dernières cervicales et la première dorsale chez l'animal, par la première dorsale chez l'homme (Mme Déjerine-Klumpke). Mais on discute encore sur leur origine intra-médulaire. Budge et Waller les premiers localisèrent le centre dilatateur des pupilles au niveau de la partie

inférieure de la moelle cervicale ; mais cette opinion trouva bientôt de nombreux contradicteurs; on prétendit que ces fibres venaient du bulbe. Les deux opinions trouvent encore des partisans.

1° En faveur de l'origine bulbaire on peut invoquer les arguments suivants :

a). Si on détruit une moitié du bulbe, la pupille se rétrécit. Le rétrécissement n'augmente pas si ensuite on détruit la moelle cervicale (Schiff) [1].

b). Une hémisection de la moelle au-dessous du bulbe produit les mêmes effets sur la pupille que la section du sympathique cervical. Si on sectionne ensuite le sympathique, la dilatation pupillaire n'augmente pas (Schiff) [2].

c). Après la section de la moelle au-dessous de l'atlas, l'excitation des nerfs sensibles du tronc n'agit plus sur la pupille (Salkowsky [3]).

Remarque. — L'excitation des nerfs craniens produit encore dans ce cas de la dilatation de la pupille, mais c'est par l'intermédiaire des fibres dilatatrices qui passent par le trijumeau (Vulpian et F. Frank), peut être même par la sixième paire (Bessaw [4]).

En résumé, d'après ces différents auteurs, il n'y aurait pas de centre médullaire de la pupille ; les fibres dilatatrices qui sortent par la première dorsale viendraient de plus haut, du bulbe pour la plupart, d'un noyau voisin du noyau constricteur, près de l'aqueduc de Sylvius pour Hensen et Voelkers [5].

2° En regard de ces opinions il faut mettre celle des auteurs qui admettent le centre médullaire :

a). Chez le chat et la chèvre, après section de la moelle entre l'atlas et l'axis : 1° la section du sympathique d'un seul côté, détermine une inégalité pupillaire ; 2° l'excitation du nerf médian produit encore de la dilatation pupillaire du côté où le sympathique a été respecté (Luchsinger et Gillobeau).

[1] Schiff. — *Phys. des Nervensyst.*, 1858, p. 199.

[2] Schiff. — *Lez. di. fisiol. spérim.*, 1873, 196.

[3] Salkowsky. — *Zeit. f. not. Med.*, XXIX, 186, 7.

[4] Pour les discussions relatives à ces fibres dilatatrices, V. Werteimer, *Dict. de Phys.*, art. *Bulbe.*

[5] *Arch. f. opht.*, 1878, XXIV.

b). Chauveau [1] isolant la région cilio-spinale par deux sections transversales, et excitant une racine postérieure a vu la pupille se dilater.

Tels sont les principaux arguments invoqués de part et d'autre ; on en trouvera la discussion plus complète soit dans l'article de F. Frank [2] soit dans celui de Werteimer [3].

Notre cas apporte à la discussion un élément qui a l'avantage de provenir de l'homme. Si l'on jette un coup d'œil sur la figure ci-jointe, on voit que l'axe gris était complètement détruit à gauche, depuis la sixième cervicale jusqu'au-dessous de la première dorsale, c'est-à-dire exactement dans la région assignée au centre dilatateur de la pupille par les partisans de l'origine médullaire. A ce niveau les cellules nerveuses étaient sûrement complètement annihilées, et cependant il n'y avait pas de troubles pupillaires. Etant donné que nous observions des phénomènes de compression du côté de la première dorsale, nous avons examiné très fréquemment les pupilles, jamais nous n'avons observé aucun phénomène pathologique de ce côté. Il est donc difficile d'admettre un centre pupillaire à ce niveau ; il est plus facile de comprendre que des fibres venant de plus haut aient pu franchir cette région en échappant jusqu'à un certain point à la compression.

Enfin il est un dernier point sur lequel nous voulons attirer l'attention ; c'est la question des localisations médullaires sensitives. La lésion de l'axe gris (syringomyélie, hématomyélite etc.) provoque des troubles de la sensibilité à localisation spéciale..., segmentaires, en gant, en manchettes, limitée par des plans perpendiculaires à l'axe du membre. Brissaud a donné de cette disposition une raison ingénieuse, basée sur la *métamérie* originelle (des ancêtres de l'homme dans l'ordre phylogénique, de l'embryon dans l'ordre ontogénique). Nous renvoyons au travail de Brissaud [4] pour cette question.

Nous voulons simplement signaler ce fait sans commentaires : dans notre observation, ***malgré une destruction de l'axe gris sur une grande étendue, il n'y avait pas de troubles de la sensibilité affectant la disposition signalée plus haut.***

[1] Chauveau. — *Journ. de la Phys.*, IV, 370, 1861.

[2] Art. *Sympathique* (*Dict. Dechambre.*)

[3] *Loc. cit.*

[4] Brissaud. — *Presse médicale*, 1896, p. 17.

Les troubles de la sensibilité aux membres supérieurs d'ailleurs très légers, affectaient nettement la disposition radiculaire, et s'expliquaient bien d'ailleurs par la compression des racines postérieures, constatée à l'autopsie.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous ferons remarquer que nous n'avons observé, en aucun point de la tumeur, quelle que soit la hauteur à laquelle nos coupes aient porté, d'excavations, ni même de zones où la tumeur parût dégénérer ou se ramollir ; elle est partout d'une structure absolument uniforme. Dans d'autres cas (de Raymond [1], de Mœller [2]) il y avait au contraire soit des portions cavitaires, soit des parties centrales nécrosées.

On a vu que nous avons décrit macroscopiquement et histologiquement ces petits grains appendus à plusieurs racines et notamment aux nerfs de la queue de cheval ; nous avons insisté sur ce fait capital que si certains de ces grains offraient une structure tout à fait semblable à celle de la tumeur, il y en avait d'autres prenant, partiellement ou en totalité, une texture fibrillaire; dans ces derniers les cellules diminuant de nombre et finissant même par disparaître au fur et à mesure que les fibrilles devenaient plus abondantes. Mais dans ces lobules fibrilles, il ne nous a pas été possible d'y reconnaître des formations nerveuses ; nous voulons dire qu'il n'était pas possible de reconnaître ni cylindre-axe, ni myéline; plusieurs cependant forment bien des tourbillons. En résumé, nous n'avons rien vu là qui puisse permettre, comme dans le cas de M. le professeur Raymond, de considérer que nous avions affaire à des *névromes de régénération*, qui, dans l'esprit de cet auteur marqueraient une tendance au rétablissement des fonctions perdues par des tubes nerveux régénérés.

Il nous semble, pour notre cas du moins, que nous ne pouvons interpréter ces grains semés sur les racines, autrement que comme des *noyaux métastatiques* répandus à diverses hauteurs dans le canal médullaire; si les voies lymphatiques ont été suivies par ces métastases de la tumeur, du moins la pesanteur semble avoir influence à leur confluence plus grande au niveau de la queue de cheval. D'ailleurs, nous le

[1] Raymond. — *Loc. cit.*

[2] Mœller. — Gliosarcome de la moelle avec métastases du poumon, de l'intestin et de la capsule surrénale (*Deutsch. médic. wochensch.*, 13 mai 1897.

répétons, on trouve toutes les transitions sur des noyaux différents et même sur un seul noyau; on voit des lobules partie cellulaires et tout à fait semblable histologiquement à la tumeur primitive, partie fibrillaires ; de même dans un seul noyau tel lobule est exclusivement fibrillaire, tel autre cellulaire. Nous n'avons manifestement là qu'une généralisation de la tumeur, sur les racines, avec cette prédilection qu'ont les tumeurs nerveuses dans leurs métastases de rechercher le tissu nerveux.

Comment interpréter cette fibrillation qui apparait dans certains noyaux métastatiques de la tumeur? Quelle peut être la signification de cette transformation du néoplasme ? De ce mode évolutif nous ne voudrions tirer aucune conclusion pour affirmer rien sur son histogenèse primitive ; qui sait même si nous n'avons pas là un artifice de préparation, si la chute des cellules dans ces zones que nous regardons comme fibrillées, n'a pas simplement mis en vue la charpente de la tumeur qui ailleurs ne nous apparait pas à cause de l'abondance des cellules.

Les manipulations multiples qui rendent encore nécessaires les techniques actuelles du système nerveux doivent certainement retenir souvent l'observateur dans les interprétations des coupes. Nous resterons sur cette sage réserve.

PATHOLOGIE MENTALE.

LE DÉLIRE MÉLANCOLIQUE[1];

PAR

CH. VALLON, Médecin en chef à l'Asile de Villejuif.

ET

A. MARIE, Médecin en chef à la Colonie de Dun.

Les phénomènes impulsifs, en germes dans les formes communes de mélancolie, engendrent à l'état faible les idées de

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 29.

culpabilité et de damnation; ils s'accentuent à mesure que le moi déprimé, réduit ou annihilé, ne peut plus ni s'assimiler ni inhiber les excitations motrices qui viennent à se produire. De là, les idées de possession diabolique.

Et de fait les malades, après avoir perdu leur personnalité première, en arrivent logiquement à croire qu'ils personnifient le malin esprit, le diable, si les troubles psychomoteurs se caractérisent et prennent suffisamment corps pour provoquer des associations dynamiques coordonnées dans le sens de cette obsession terrifiante. Il n'y a plus alors seulement extinction et négation de la personnalité primitive, mais substitution d'une personnalité nouvelle tendant à effacer toutes traces de la précédente. C'est qu'en effet il n'y a aucun point commun entre elles, mais au contraire opposition absolue et contradiction flagrante [1].

C'est même la condition essentielle de genèse pour ce qu'on pourrait appeler les réactions paradoxales. Plus le malade était religieux, observateur du culte et d'un caractère timide, plus le dynamisme inconscient né de ses scrupules et de son horreur du mal contrastera en réalisant les maléfices les plus redoutés.

Outre l'automatisme élémentaire que nous avons enregistré plus haut, on observera alors des réactions vraies, de véritables volitions par lesquelles les malades conforment leur attitude à la personnalité nouvelle née du délire et à la puissance malfaisante qui s'impose.

« Les anxieux à idée de damnation, dit Cotard [2], sont les malades les plus disposés au suicide. Alors même qu'ils se croient morts, ou dans l'impossibilité de jamais mourir, ils n'en cherchent pas moins à se détruire ; les uns veulent se brûler, le feu étant la seule solution ; les autres veulent être coupés par morceaux et cherchent par tous les moyens possibles à satisfaire ce besoin maladif de mutilations, de destruction et d'anéantissement total. Quelques-uns se montrent violents envers les personnes qui les entourent ; il semble

[1] Dans les délires religieux à systématisation primitive le dédoublement n'entame en rien la personnalité primitive, la personnalité surajoutée vient au contraire au secours de la personnalité première. Exemples : théomanes. (Voir Séglas, *Annales médico-psychologiques*, janvier et juillet 1889, *loc. cit.*)

[2] Cotard. — *Délire de négation*, p. 326. (*Archives de neurologie*, 1882, p. 11 et 12.)

qu'ils veuillent démontrer qu'ils sont bien réellement les êtres les plus dépourvus de sentiments moraux ; souvent ils injurient, blasphèment ; des damnés et des diables ne peuvent faire autrement. »

Mais, nous le répétons, l'extinction totale est rare, et le plus souvent de la personnalité initiale survivent des éléments qui entrent en lutte pendant un temps plus ou moins long, pouvant même retarder indéfiniment la substitution totale et le triomphe complet de la personnalité nouvelle.

Le délire de négation confirmé a donc son origine soit dans la mélancolie avec stupeur, soit dans la mélancolie anxieuse. Ces deux états, malgré la différence de leurs manifestations extérieures, sont analogues au fond : c'est l'anxiété qui les caractérise.

Quand la négation est constituée, elle porte soit seulement sur la personne du malade, soit en outre sur le monde extérieur. Les sujets manifestent des idées de destruction ou d'absence d'organes, puis ils disent qu'ils n'ont pas de parents, qu'il n'y a plus d'hommes[1], etc...

« Ce délire hypochondriaque, dit Cotard (p. 322), surtout moral au début, devient, à une période plus avancée, et surtout quand la maladie passe à l'état chronique, à la fois moral et physique. Des malades qui commencent par n'avoir ni cœur ni intelligence finissent par n'avoir plus de corps. Quelques-uns comme le malade de Leuret, ne parlent d'eux-mêmes qu'à la troisième personne. »

La constitution du moi étant aussi profondément altérée, la faculté de sentir s'en trouve atteinte par contre-coup : « ce sont alors les personnes qui l'entourent ou les choses du monde extérieur qui sont l'objet des négations du malade ; il n'a plus de famille, ses amis ne sont plus ses amis, il nie la nature ou l'existence des choses qui l'environnent... Enfin, ces négations n'intéressent plus seulement les objets ou les êtres, mais s'étendent même aux abstractions[2]. »

Au début, le malade commence à douter de sa propre personnalité, puis il la nie ; avant d'être anéantie totalement, l'individualité est atteinte dans son intégrité, les négations partielles précèdent la négation complète.

[1] Camuset. — *Du délire des négations*, p. 17. Congrès de Blois.

[2] Séglas. — *Des négations*, p. 2.

Une fois celle-ci réalisée, du moins pour ce qui touche l'existence actuelle du malade, peuvent persister les anciennes acquisitions, c'est-à-dire les éléments de la personnalité perdue, mais ayant encore son existence localisée dans le passé ; à son tour, cette personnalité primitive peut être rétrospectivement niée ; non seulement le malade n'est plus, mais il n'a jamais été.

La même évolution s'observe en ce qui concerne les personnalités étrangères ; les gens qu'on lui montre ont bien quelque chose qui lui rappelle ceux qu'il a connus, mais ce ne sont plus intégralement les mêmes, jusqu'à ce qu'il en vienne à affirmer leur non-existence.

Tout lui semble alors un vrai mirage, une apparence sans corps ; il ne peut tout d'abord nier les phénomènes tels que la vue de la personne, le son de sa voix, le contact de ses mains, etc., et cependant il y manque ce je ne sais quoi d'essentiel distinguant l'apparence de la réalité. Néanmoins il sait encore reconnaître, puisque la présentation d'un objet provoque de sa part telle négation particulière... Lui présente-t-on, par exemple, une rose sans mot dire, il s'écrie : « Ce n'est pas *une rose !* » L'idée et le mot lui restent, mais lui paraissent, en quelque sorte, *vides de leur contenu*, selon l'expression de Cotard.

« Il semble que l'aberration des perceptions actuelles ne s'étende pas toujours en même temps aux perceptions anciennes ; le malade doute seulement des gens dont on leur parle sans les leur montrer, alors qu'ils nient formellement ceux qu'on leur présente[1].

Alors que les perceptions actuelles sont méconnues et niées dans leur objet, les images enregistrées à une époque où la mentalité n'était pas entamée sont encore reconnues normales, jusqu'à ce que, à leur tour, elles s'altèrent, comme celles correspondant aux acquisitions ultérieures. Cette dissociation progressive de la synthèse mentale implique donc un processus rétrograde, un délire rétrospectif spécial. A mesure que les phénomènes se dessinent, d'ailleurs, les tendances négatrices s'accusent ; le malade en arrive à nier, non plus l'objet perçu, mais aussi les perceptions mêmes de la vue, de l'ouïe, du tact, etc. Comment pourrait-il voir, sen-

[1] Dr Vallon. — Communication au Congrès de Blois, 1892.

tir, toucher, puisqu'il n'a ni yeux, ni oreilles, ni mains..., plus rien.

A ce propos, il n'est pas sans intérêt de noter l'ordre dans lequel s'altèrent les différents éléments constituant l'ensemble de nos perceptions psycho-sensorielles. Les données relatives au sens interne et aux perceptions organiques cénesthétiques semblent constamment méconnues les premières. Les malades se plaignent souvent d'altérations viscérales : on leur a changé leur cerveau ; ils n'ont plus de cœur, de poumons, de foie, etc.

Le sens musculaire s'altère ensuite. Le négateur méconnaît ses propres mouvements, les attribuant à d'autres ou à un mécanisme inerte. Finalement, il les nie. En dernier lieu, la sensibilité tégumentaire (sens externe du tact et sens spéciaux) est, à son tour, l'objet de la même aberration ; le monde extérieur disparaît également, dans le présent d'abord, puis même dans le passé.

Comme on l'a dit, les sens externes circonscrivent la personnalité, mais ne la constituent pas ; aussi comprend-on que tous les phénomènes morbides puissent ici être rapportés à la perte initiale du sentiment de l'individualité propre, conséquence fatale d'une altération cénesthétique primitive.

C'est par la perception obscure inconsciente, mais continue, que nous nous sentons exister. De cette notion, nous tirons celle d'autres existences analogues, causes, comme elle, des phénomènes perçus. Le substratum essentiel de ces notions premières manquant, le lien qui unit les phénomènes à la notion de réalité affirmable est rompu ; rien n'est plus.

« Chez les persécutés hypochondriaques, dit Cotard, la marche est inverse. L'hypochondrie du début est surtout physique ; ce n'est qu'à une période avancée que les malades se préoccupent de leurs facultés intellectuelles : on les abêtit, on les empêche de penser, on leur dit des bêtises, on leur soutire leur intelligence. L'hypochondrie des anxieux porte le cachet de l'humilité : ils sont répugnants, ignobles, pourris, damnés. Les persécutés, au contraire, ont fort bonne opinion d'eux-mêmes et s'en prennent aux influences extérieures des souffrances qu'ils éprouvent et des maladies dont ils sont atteints. L'anxieux, lui, trouve en lui-même la cause de toutes ces influences nuisibles ; lorsque, plus tard, il

devient immortel, c'est loin d'être là une idée mégalomaniaque vraie ; le malade gémit sur cette immortalité, qui n'est qu'une douleur de plus ajoutée à tant d'autres ; il ne doit pas mourir, mais souffrira pendant l'éternité. Cette idée d'immortalité se rencontre surtout dans les cas où l'agitation anxieuse prédomine. Dans la stupeur, les malades s'imaginent plutôt qu'ils sont morts ; on en voit même qui présentent alternativement l'idée d'être morts ou l'idée de ne pouvoir mourir, suivant leurs états alternatifs d'agitation anxieuse ou de dépression stupide. »

A un degré plus avant s'observe la dissociation de la personnalité, son dédoublement. Le démonophobe s'est finalement transformé d'une façon insensible, mais le plus souvent définitive, en démonomane. L'ancien damné est maintenant possédé jusqu'à ce que les séries d'impulsions réitérées et multipliées submergent tout vestige de l'ancienne personnalité et triomphent de ses dernières résistances.

L'automatisme s'élève alors graduellement aux mouvements les plus complexes, et en particulier à ceux de l'expression par la parole, la voix du démon finissant par se faire entendre seule pour blasphémer victorieusement. Aussi est-ce à la recherche de ces impulsions verbales et de ce langage automatique que se ramène la suite de notre étude.

« Lorsqu'un homme, dit Albert Maury, est poursuivi par la crainte d'être damné, cette idée le préoccupe, c'est-à-dire qu'elle vient d'elle-même à la traverse de ses occupations intellectuelles. Le retour fréquent de cette crainte, qui prend sa source dans un sentiment développé naturellement par l'éducation, réagit constamment sur l'esprit et par contrecoup sur les nerfs sensitifs ; notre homme craint de voir, d'entendre, de sentir le diable. Ses appréhensions agissent à son insu sur la partie encéphalique des nerfs sensitifs, et tout à coup, un beau jour, notre homme voit le diable en personne et entend son ricanement. Il ne méditait pourtant pas sur le diable, bien au contraire ; cette idée lui faisait peur, il la fuyait, mais il n'en était pas moins sous l'empire de sa préoccupation qui s'attachait à cette idée [1]. »

Ce raisonnement s'applique d'une façon absolument iden-

[1] Albert Maury. — *Le Sommeil et les Rêves*, p. 170, et *Annales médico-psychologiques*, t. V, 1845 et 1852.

tique aux réactions motrices qui font articuler automatiquement des blasphèmes par exemple, aux mélancoliques à idées de damnation. Ces phénomènes d'articulation mentale paraissent même le substratum essentiel des délires de possession ; nous verrons, dans les faits, qu'ils précèdent souvent les troubles sensoriels, non constants d'ailleurs. C'est que la tendance de l'idée à devenir réalité est une source d'impulsions actives dans l'esprit, et que lorsqu'un objet cause de la frayeur, l'idée s'en imprime avec une intensité correspondant au degré de frayeur [1]. Il s'ensuit que les actions des malades se conforment à cette idée et non à leurs propres volitions. Voilà pourquoi, quand ils veulent prier et appeler Dieu à leur secours, les malades, loin de le pouvoir faire, prononcent des mots qui achèvent de les épouvanter.

Nous rappelons maintenant l'opinion des principaux auteurs contemporains sur le sujet; nous emprunterons ensuite quelques citations confirmatives aux anciens démonographes et nous terminerons par une série de faits cliniques.

« Il n'est pas rare, dit Griesinger, d'observer chez les malades atteints de démono-mélancolie des convulsions des muscles soumis à la volonté, des contractions du larynx qui altèrent la voix d'une façon surprenante..... L'explication la plus facile de ce phénomène psychologique se trouve dans les cas, qui ne sont pas rares, où les séries d'idées, à mesure qu'elles arrivent, s'accompagnent d'une contradiction intérieure qui s'attache involontairement à elles et qui a déjà pour résultat d'amener une division, une séparation fatale de la personnalité. Dans les cas très développés où ce cercle d'idées, qui accompagnent constamment la pensée actuelle en lui faisant opposition, arrive à avoir une existence tout à fait indépendante, il met en mouvement de lui-même le mécanisme de la parole, il prend un corps et se traduit par des discours qui n'appartiennent pas au moi (ordinaire) de l'individu. Ce cercle d'idées qui agit librement sur les organes de la parole, l'individu lui-même n'en a pas conscience avant de l'exprimer, le moi ne le perçoit pas; ces idées viennent d'une région de l'âme qui reste dans l'obscurité pour le moi ;

[1] Mosso. — *La Peur*.

elles sont étrangères à l'individu, c'est un intrus qui exerce une contrainte sur la pensée.

« Les gens sans éducation voient dans ce cercle d'idées un être étranger. Dans quelques cas, on trouve dans ces discours insensés... une ironie qui se dirige contre les idées qu'antérieurement ces individus respectaient le plus; mais d'ordinaire le démon n'est qu'un pauvre sire, bien lourd et bien trivial[1]. »

« Incapables de diriger leurs idées, dit Baillarger[2], ils sont obligés de les subir. Entraînés à chaque instant par ces idées spontanées et involontaires, ils cessent de pouvoir fixer leur attention, et après avoir vainement lutté contre la puissance qui les domine ils sont conduits le plus souvent à des explications erronées; ils attribuent les idées qui les obsèdent à un être étranger. Ce qui aide à cette explication, c'est la nature même de ces idées qu'ils n'ont jamais eues dans leur état normal, ou même qui sont complètement opposées à leurs idées habituelles; enfin, l'erreur devient plus complète par suite de la forme que revêt bientôt la pensée lorsque cet état se prolonge... et que l'exercice des facultés est devenu involontaire; la pensée ne se reproduit plus alors sans être articulée intérieurement. De là cette singulière illusion d'une voix qui a son siège dans la région de l'estomac. C'est alors que la dualité devient plus tranchée, c'est alors aussi qu'il y a bien véritablement comme une double pensée et comme deux êtres distincts...

« En effet, les aliénés méconnaissent leur propre voix comme on la méconnaît dans les rêves; mais il ne saurait dans ces cas y avoir de doutes... L'hallucination consiste évidemment à entendre des paroles que les malades prononcent bas, à leur insu et la bouche fermée, et qui semblent sortir de la poitrine. Aussi disent-ils qu'ils sentent le démon dans leur corps et désignent constamment l'épigastre.

« Dans les cas de ce genre, l'homme perd la conscience de son unité intellectuelle; il continue à considérer comme lui appartenant une partie des idées qui surgissent dans son esprit, mais il y en a une autre partie qu'il attribue à une personne étrangère.

[1] Griesinger. — *Maladies mentales*, traduction Doumic, p. 285.

[2] *Théorie de l'automatisme*.

« La pensée, abandonnée à elle-même comme dans le rêve, se produit spontanément ; elle se forme en paroles... Il s'établit alors une sorte de lutte entre la volonté qui tend à reprendre la direction des idées, et la mémoire et l'imagination qui continuent à agir d'une façon automatique.

« Pendant le sommeil, le rêveur prononce souvent les paroles qui expriment les idées de son rêve, tantôt il se borne à les murmurer, tantôt il rêve tout haut ; il en est de même de cet halluciné. On le voit, pendant la durée de l'hallucination, remuer les lèvres comme les personnes qu'on rencontre parlant seules, dans la rue, sans en avoir conscience. »

« Le malade, dit Janet [1], constate que ses muscles font, à son insu et malgré lui, des actes compliqués ; il entend sa propre bouche lui commander ou le railler ; il résiste, il discute, il combat contre un individu qui s'est formé en lui-même. Comment peut-il interpréter son état, que doit-il penser de lui-même ? N'est-il pas raisonnable quand il se dit possédé par un esprit, persécuté par un démon qui habite au dedans de lui-même ?

« Comment douterait-il quand cette seconde personnalité, empruntant son nom aux superstitions dominantes, se déclare elle-même Astharoth, Leviathan ou Belzébuth ? La croyance à la possesion n'est que la traduction d'une vérité psychologique. »

Cherchant à déterminer les caractères cliniques de la démonopathie, Calmeil dit qu'après être devenus d'abord incapables de prier, les malades éprouvent des impulsions irrésistibles à jurer, à proférer des paroles blasphématoires et des malédictions. « A leurs perturbations viscérales, attribuées à la présence de démons dans les entrailles, s'ajoutent des hallucinations vocales réitérées qui font croire aux malades que les esprits impurs parlent par la bouche, et que ce sont eux qui vomissent par torrents les blasphèmes qu'ils sont forcés de proférer... en les empêchant d'approcher des sacrements et d'accomplir leurs devoirs religieux..., d'où la conviction que le diable peut manœuvrer à son gré les différentes pièces de leurs corps [2]. »

[1] P. Janet. — *Automatisme psychologique*, p. 440.
[2] Calmeil. — *Loc. cit.*, t. I, p. 85.

« Comme tous les lypémaniaques, dit Esquirol, les démonomaniaques ont des hallucinations et des illusions de sens ; les uns croient être le diable, les autres se persuadent qu'ils ont le diable dans le corps, qui les pince, qui les mord, les déchire, les brûle ; quelques-uns enfin l'entendent parler, sa voix part du ventre, de l'estomac, de l'utérus ; ils conversent avec lui : le diable leur conseille des crimes, des meurtres, des incendies, le suicide ; il les provoque aux obscénités les plus ordurières, aux blasphèmes les plus impies ; il les menace, les frappe s'ils n'obéissent à ses ordres...

« Le marmottement continuel de certains possédés faisait croire que ces malheureux s'entretenaient avec le diable de manière à ne point être entendus. On trouve ce symptôme chez beaucoup de mélancoliques, surtout chez ceux qui sont tombés dans la chronicité et la démence, qui balbutient, à voix très basse, des mots sans suite [1]. »

Marcé dit de même :

« Pour les possédés, le démon, qui s'était introduit par les orifices naturels, mettait en jeu la langue, le pharynx, les poumons et tout l'appareil vocal, pour produire les sons et les mouvements les plus étranges [2]. »

Nous n'en finirions pas de rapporter tous les passages où les auteurs reviennent sur ce point, à peu près dans les mêmes termes ; les anciens traités de démonologie ne sont pas moins instructifs à ce sujet.

Fernel [3], parlant de l'intervention des esprits et de la possession par eux, dit qu'ils ont coutume de s'introduire dans le corps des gens et de parler par leur bouche... Il en cite des exemples où le diable s'était introduit par les pieds jusqu'au cerveau, « d'où il discourait de toutes sortes de choses, selon la coutume des démonacles ».

Il y a présomption de sorcellerie, dit Boguet [4], quand l'individu est fils de sorcier, quand il porte sur la peau des signes faits par le diable, *quand il parle tout seul*, qu'il se dit damné, qu'il demande à être rebaptisé, *et marmotte cons-*

[1] Esquirol. — *Maladies mentales : De la démonomanie*, t. I, p. 509-511.

[2] Marcé. — *Traité des maladies mentales*, p. 12.

[3] *Fernelii, Opera*. Genevæ, l. II, ch. XVI.

[4] H. Boguet. — *Discours des sorciers*. Lyon, 1603.

tamment entre ses dents, les yeux fixés contre terre, des paroles inintelligibles.

Le diable, d'après Willis[1], *peut parler par la bouche des énergumènes,* « en s'insinuant dans les couloirs du système nerveux » ; il se sert souvent ainsi d'idiomes que les démoniaques ne comprennent pas ; il récite des choses que ceux-ci ignorent. Les organes des possédés sont mis en jeu par le démon comme des instruments qu'ils manœuvent avec habileté[2].

F. Plater[3] pense que les esprits déchus ont encore, dans quelques circonstances, le pouvoir d'intervenir pour porter le désordre dans l'organisme humain. Il est persuadé, d'après ce qu'il a lui-même observé, que la folie démoniaque, tout en présentant à peu près les mêmes symptômes que la manie ou la mélancolie ordinaires, peut cependant en être distinguée par des signes à peu près certains.

Au dire de Plater, on reconnait qu'un aliéné est affecté de ce genre d'affection lorsqu'il reste pendant des intervalles plus ou moins longs sans parler, sans prendre de nourriture, et qu'*il entend parler le démon par sa bouche;* qu'il jouit de la faculté de prévenir l'avenir, de prévoir ce qui doit arriver, de deviner la présence de choses cachées, de parler des langues qu'il n'a pas apprises et qu'il ne comprenait pas avant l'invasion de sa maladie, etc.

Si maintenant nous passons aux faits cliniques, nous en trouvons qui répondent aux différentes phases de l'évolution que nous avons indiquée, et d'autres, plus avancés, où le langage automatique est tout à fait caractérisé.

Une de nos malades, appartenant au premier groupe, est aliénée, depuis près de trois ans. C'est un esprit faible à idées religieuses exagérées : ... Elle est en proie à des hallucinations de tous les sens et à des troubles de la sensibilité générale qui lui font croire qu'elle est possédée par le démon. Elle s'était soumise aux pratiques absurdes d'un sorcier de village pour se guérir d'un eczéma, et depuis elle est devenue « comme une personne qui tourne à l'imbécillité, voulant faire une chose et s'en retenant tout à la fois ».

[1] Th. Willis. — *Opera*, in-4°, 1681.

[2] J. Wieri. — *Opera*, et J. Bodin. *Démonomanie : des sorciers*, in-4°, Paris, 1582.

[3] *Plateri Plaxeos medicæ*, t. I, in-4°, Basilæ. 1736.

Dans cet état, elle priait, faisait dire des messes, suivait des pèlerinages, etc., le tout sans succès. Pendant un carême, elle voulut aller à un chemin de croix, mais fut dans l'impossibilité de s'y rendre ainsi que de communier; depuis, lorsqu'elle veut prononcer une prière, elle ne le peut pas ; une voix intérieure lui souffle que c'est impossible, ou bien elle n'arrive qu'à prononcer des blasphèmes.

Elle sent sa langue attirée en dedans, comme si elle allait rentrer dans le corps ; elle éprouve des frémissements dans tous ses muscles, qui sont comme mus par des fils de fer... Quand elle frappe sur son bras, elle trouve que cela donne le même son que si on frappait sur un tuyau de fer creux ; elle sent tous les coups, mais il lui semble que c'est à une autre qu'on les donne : « Il y a des moments, dit-elle, où je ne peux faire valoir ma volonté, je ne puis agir de moi-même; mes impressions ne sont plus les mêmes, c'est comme si ce n'était plus moi qui vive et qui sente. C'est cette force qui me possède, je n'ai même plus la sensation des larmes. » Elle sent des bêtes qui la travaillent ; une nuit elle a cru saisir une araignée à travers la peau de son bras. Elle comprend, dit-elle, ces animaux et l'être surnaturel qui la travaille dans la tête de la même façon que nous comprenons ce que vont faire une mouche ou une fonrmi que nous aurions sous les yeux (par de paroles articulées à l'oreille). On lui a extrait les intestins ; elle a aussi dans les parties génitales des sensations douloureuses (barre de fer froide) en même temps qu'un poids énorme sur la poitrine. Tout son corps peu à peu s'est changé, sa peau est comme celle d'un sours (sorcier) ; elle comprend maintenant qu'elle ne puisse plus suivre la messe étant damnée : « C'est une autre vie dans ma vie, je souffre dans tous les sens, dans ma pensée et dans mon corps. »

Une autre de nos malades, placée il y a plus de dix ans, était au début « bobinée par la ficelle des diables », c'est-à-dire que ces derniers se livraient sur son corps à toutes sortes d'expériences de magie et de sorcellerie ; ils l'ont ainsi tuée plus de vingt-cinq fois. Le lendemain ils remettaient en action son cadavre et la ressuscitaient par la physique magique et la médecine noire. C'est surtout le soir qu'on la fait mourir après qu'elle est couchée. Elle continue ainsi de vivre, bien que morte, car elle n'est plus que le zéro des zéros. Tout ce

qui arrive n'est que des expériences diaboliques, elle n'y est pour rien ; elle a bien cinquante-trois ans, mais elle est morte depuis dix ans. Chaque matin elle apprend à marcher « comme l'enfant qui vient de naître »: elle se livre journellement à un curieux travail, consistant à relire un dictionnaire qu'elle couvre de notes de peur d'oublier ses mots. Ces notes ne sont d'ailleurs que des suites d'expressions assonantes variées et incohérentes.

Son intestin est putréfié, on l'a vidée : elle sent par instants s'introduire dans son intérieur les têtes, les mains des diables qui la font agir à la façon des marionnettes creuses. Elle prétend ne plus manger et ne plus aller à la selle, son cœur est comme un charbon près de s'éteindre, etc. A l'époque de l'entrée, on lui faisait voir des fantômes et des visions infernales; elle a même vu les douze apôtres, aussi avait-elle été prise d'abord pour une persécutée mystique ; maintenant elle s'achemine vers la démence.

La malade G. J..., femme P..., internée depuis six ans, croit être le diable incarné. C'est une mélancolique typique, constamment à l'écart, humblement accroupie ; elle passe son temps à monologuer son délire; elle a par intervalles des accès d'agitation anxieuse, demandant à être torturée, brulée, etc. Elle s'est cru longtemps damnée, s'accusant d'avoir mal fait sa première communion, d'avoir volé, etc. ; elle a cherché à s'empoisonner avec de la noix vomique, puis a découvert rétrospectivement que dès sa naissance elle était vouée au mal, elle a compris qu'elle avait dû être oubliée dans la grande rédemption du péché originel, maintenant elle sent bien qu'elle ne fait plus qu'un avec le diable. Actuellement, cette idée est confirmée par toutes sortes d'interprétations délirantes ; c'est ainsi qu'elle voit dans les dessins formés par les boiseries du plancher les figures grimaçantes de ceux qu'elle a fait damner et des diables.

Nous l'avons dit, les hallucinations vraies ne sont point constantes ni essentielles chez ces malades; lorsqu'on les observe, elles sont le plus souvent transitoires, élémentaires et secondaires. Il semble que ces phénomènes se ressentent de la perturbation cénesthésique primitive. De même que ces malades perçoivent mal les impressions ordinaires, de même leurs hallucinations visuelles, par exemple, se produisent comme à travers les voiles du rêve.

Une démoniaque, voulant faire comprendre le caractère du phénomène qu'elle éprouvait, disait que le diable lui apparaissait comme transparent et qu'il semblait qu'il n'y avait rien à toucher[1].

Une malade à délire de négation et de possession que nous avons observée, a bien entendu par l'oreille une voix lui disant : « Tu es maudite », et elle a vu ces mots écrits sur le mur. Mais à cette époque il y avait déjà trois mois qu'elle était malade, et que pour expliquer le changement survenu en elle, elle se disait à elle-même : « Mais tu es maudite ! » Depuis, aussi, elle a eu des hallucinations visuelles en rapport avec ces mêmes idées ; elle a vu le diable, l'enfer, mais ces hallucinations ne se présentent que la nuit. Les personnes sont indistinctes, ce sont plutôt des ombres qu'elle voit sur le mur. De même, pour l'ouïe, elle n'entend que des bruits [2]. Des hallucinations aussi élémentaires ne sont évidemment pour rien dans les désordres de la personnalité qu'on remarque ici. En revanche, les troubles psychomoteurs semblent avoir une influence capitale ; les observations qui suivent nous paraissent le démontrer.

Une de nos malades, en proie à un délire anxieux datant de plusieurs mois, se croit damnée et poursuivie par les diables ; elle est particulièrement obsédée par une voix intérieure qui lui dit de se jeter à l'eau. Bien que cette voix soit contredite par une autre, elle s'est jetée à plusieurs reprises dans un bassin pour se noyer; ces voix ne lui viennent pas dans l'oreille, mais partent de l'estomac. Elle ne peut d'ailleurs plus prier Dieu, il lui monte des blasphèmes que sa bouche prononce sans qu'elle le veuille, Elle a vainement essayé de lutter, en s'efforçant d'empêcher ces mouvements involontaires sans y réussir : elle sent qu'elle ne s'appartient plus, qu'on agit pour elle et par elle.

Elle se croit la cause de toutes les maladies qu'elle voit autour d'elle. La certitude où elle est que tous ces phénomènes sont dus non pas à elle mais au diable, l'a poussée à demander l'exorcisme à un prêtre, qui le lui a refusé et s'est moqué d'elle: depuis, elle s'est confirmée dans l'idée qu'elle est abandonnée de Dieu et de ses ministres, et vouée

[1] Baillarger, p. 317-323.

[2] *Séméiologie et pathogénie des idées de négation*, Séglas, *loc. cit.*, p. 17.

à la damnation et aux flammes de l'enfer. Cela ne l'empèche pas de désirer la mort par le suicide qu'on lui ordonne, bien qu'ensuite elle doive souffrir plus encore de la damnation; cette dernière, en effet, est encore préférable à tout ce qu'elle endure dans cette vie.

« Deux pensées, dont l'une représente le bien et l'autre le mal, sont en lutte continuelle dans son imagination. La pensée du mal l'emporte toujours. » La sœur de la malade est morte à l'asile après plusieurs années d'un délire absolument semblable, disent les certificats qui la concernent.

Une malade de M. Séglas, à côté d'hallucinations auditives ordinaires, entend des voix intérieures lui parler : « Ce sont des mouvements qui se font en moi qui me disent tout cela. » On la voit remuer les lèvres et prononcer des mots indistincts qu'elle répète ensuite tout haut; une autre âme est entrée dans la sienne, elle est obligée de parler sa pensée et cause seule tout le temps [1]. Il y a toujours en elle deux idées qui se contredisent [2].

Une malade de M. Huet entend une voix épigastrique : « C'est comme si c'était moi qui parle; j'ai des mouvements dans les lèvres, comme un lapin qui broute, et je sens ma langue remuer toute seule. » Elle a d'abord été dans l'impossibité de parler au confessionnal, puis elle a dit des gros mots en communiant; l'esprit qui la possède lui ravage maintenant l'omoplate et le poumon gauche, etc. Quand elle écrit, il lui lance dans la main un fluide froid qui change son écriture. (Troubles psychomoteurs graphiques.)

Si maintenant nons nous reportons au chapitre de la démonomanie d'Esquirol, nous y trouvons une série d'observations remarquables par leur analogie entre elles, et par l'existence manifeste et constante d'idées de négation et de damnation caractéristique de la mélancolie chronique religieuse [3].

Le première de ces démonomanes a déjà eu deux accès de lypémanie. Le démon est dans son corps qui la torture de mille manières; elle ne mourra jamais. — La deuxième n'a

[1] Séglas. — *L'hallucination dans ses rapports avec la fonction du langage ; hallucinations psychomotrices.* (*Progrès médical*, 1888, nos 33 et 34).

[2] Séglas et Besançon. — *De l'antagonisme des idées délirantes*, loc. cit. (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1889, p. 24.)

[3] Esquirol. — *Démonomanie*, ch. IX, t. I, *loc. cit.*

plus de corps, le diable l'a emporté : elle est une vision ; elle vivra des milliers d'années ; elle a le malin esprit dans l'utérus sous la forme d'un serpent, quoiqu'elle n'ait pas les organes de la génération faits comme les femmes. — La troisième n'a pas non plus de corps, le malin esprit n'en a laissé que le simulacre qui restera éternellement sur la terre. Elle n'a plus de sang, elle est insensible (analgésie). — La quatrième n'est pas allée à la selle depuis vingt ans ; son corps est un sac fait de la peau du diable, plein de crapauds, de serpents. Elle ne croit plus en Dieu ; il y a un million d'années qu'elle est la femme du grand diable. (C'est une sorte d'immortalité rétrospective.) — La cinquième a le cœur déplacé, elle ne mourra jamais ; cependant, en même temps, elle sent le diable qui lui dit d'aller se noyer.

Leuret [1] rapporte des cas analogues.

Cotard [2], qui rappelle d'ailleurs les observations précédentes dans son délire des négations, insiste inversement sur ce fait que tous les malades chez lesquels il a trouvé mentionné le délire hypocondriaque avec idée d'immortalité étaient dominés par des idées de damnation, de possession diabolique, en un mot présentaient les caractères de la démonomanie, de la folie religieuse.

M. H. Dagonet [3], après avoir établi l'existence de deux sortes de démonomanes (démonomanie interne et externe), les uns aboutissant à la possession définitive, les autres finissant par l'emporter sur le démon, cite comme exemple de démonomanie interne (possession vraie) un malade qui croit que le démon a pris domicile dans son ventre sous forme d'un gros serpent.

« Cet homme pousse de temps en temps des cris bizarres, il s'exprime parfois dans un langage incompréhensible. C'est alors, dit-il, le diable qui parle par sa bouche, il s'établit entre le démon et lui de véritables dialogues où il reproche à son esprit de lui susciter de mauvaises pensées. Il a cherché en vain à se faire exorciser. Ses sensations sont changées, la lumière du jour lui paraît terne, verte ou brune. Il n'y a plus de Dieu, lui dit le diable ; il appelle à grands cris le bour-

[1] *Fragments psychologiques*, loc. cit.

[2] Cotard. — *Une forme grave de mélancolie anxieuse*. (*Annales médico-psychologiques*, septembre 1880, t. IV.)

[3] H. Dagonet. — *Loc. cit.*, p. 238, *Lypémanie religieuse*.

reau. Tentatives réitérées de suicide, mort des suites d'une plaie abdominale qu'il s'est faite volontairement. »

« Satan est en moi, dit une autre malade, je n'appartiens plus au genre humain dont il ne me reste que la forme; depuis que Dieu s'est retiré de moi, j'appartiens à l'enfer, ma conscience le dit. J'ai commis des crimes abominables, j'ai renié ma religion, je n'ai pas prié comme j'aurais dû, j'ai communié étant indigne. »

Ces accusations, ajoute l'auteur, contrastent formellement avec le caractère réel de la malade, qui est d'une bonté angélique.

M. Magnan, dans une observation communiquée à M. le Dr Dupain [1], rapporte un fait à peu près semblable au précédent. C'est une femme à antécédents héréditaires multiples ayant fait des tentatives de suicide réitérées, qui se croit damnée. Elle s'imagine que toute sa famille est vouée aux enfers à cause d'elle, que des sorciers l'ont ensorcelée au moyen d'un talisman; elle sent la voix des esprits qui l'appelle; elle prononce constamment des phrases entrecoupées à voix basse. « Je suis damnée, perdue; je suis tourmentée, j'ai volé! Je ne mourrai jamais. Je suis morte; je ne suis plus comme les autres, je ne puis plus travailler. »

Dans la thèse de M. Legrain [2], nous relevons également l'observation d'une femme qui se croit possédée par l'esprit malin. Ses membres sont agités de mouvements bizarres rappelant les contorsions des convulsionnaires; ses mouvements sont purement automatiques, et la malade n'y peut rien. D'autres fois, le visage est grimaçant; d'autres fois encore, les mouvements sont accompagnés de sons laryngés sans aucune signification. La malade interprète ses mouvements irrésistibles en disant que c'est l'esprit malin qui la pousse à agir ainsi. La double personnalité est évidente. « C'est l'esprit qui me tord, dit-elle, je ne puis l'empêcher. » Elle accompagne sa mimique de l'émission de certains mots, toujours les mêmes : « Je vous hais, je hais Dieu, je vous hais tous. » Puis elle ajoute : « Ce n'est pas moi qui vous dis cela, c'est l'esprit qui parle : vous comprenez bien que je ne suis pas capable de dire ces choses-là; moi, je vous aime. » Et d'au-

[1] Dupain. — Thèse Paris, p. 188. Observation LXXXVIII.

[2] Dr Legrain. — Thèse, Paris, 1886, p. 15, Observation LXXVIII.

tres fois : « Vous avez beau faire, vous ne m'empêcherez pas de la posséder. » (Contagion de la possession diabolique de la mère au fils.)

Chez une malade de Griesinger [1] se forme une contradiction intérieure entre ses propres pensées et ses déterminations, une opposition immédiate, constante, contre tout ce qu'elle vient de penser ou de faire. Une voix intérieure, mais qu'elle n'entend pas dans son oreille, se révolte contre tout ce qu'elle veut; par exemple, contre le séjour au lit auquel son état la condamne, en particulier contre toute élévation de sentiments, la prière ; la voix veut toujours le mal quand la malade veut le bien.

La malade, qui est une femme raisonnable, dit qu'elle a de la peine à croire que ce soit un être étranger, un démon qui soit dans son corps, bien qu'elle ait la certitude que ce n'est pas elle-même qui fasse tout cela. Il y a treize ans environ, cette malade commença à entendre parler en elle. A dater de ce moment il lui vint des pensées et elle dit des mots qu'elle n'avait pas l'intention de dire et qu'elle exprima avec une voix qui différait de sa voix ordinaire. Le ton de cette voix, quand l'esprit parle, diffère toujours un peu et quelquefois même totalement de a voix ordinaire de la malade; et ce qui fait surtout que la malade croit à la réalite de cet esprit, c'est qu'il a une autre voix qu'elle.

Arguments historiques. — Presque tous les sujets qui déliraient sur les sujets relatifs à la démonomanie s'accordent à dire que les premières apparitions diaboliques, ou que les premières hallucinations ont eu lieu après de longues souffrances morales ou physiques, ou bien lorsqu'ils étaient encore en proie à la plus poignante affection [2].

Au xv° siècle, les grandes épidémies de lycanthropie anthropophagique correspondirent à de grandes famines dans la haute Allemagne, la Suisse et dans le nord de la France (Artois). (Exécutions en masse par le feu dans ces régions [3].) A cette période la démonopathie affecte une forme

[1] Griesinger. — *Maladies mentales*, p. 286-287.

[2] Michelis. — *Pneumatololie ou discours sur les esprits*, 1587. Cité par Calmeil. *De la folie*, p. 293. l. III, ch. vi, à propos des Démonolâtres d'Avignon, 1582.

[3] Spranger et Henricus. — *In Ma...la maleficorum. Nidev Id.* Ed. Lyon, 1604.

zoanthropique, comme chez les religieuses de Cambrai, qui forment la transition avec les démonolâtres du siècle suivant. Ces religieuses délirèrent à la suite des jeûnes exagérés du carême.

Les démonopathes ne sont pas encore de vraies possédées; ce sont surtout des ensorcelées. Mais l'évolution de la psychose est identique.

Après s'être crues sous le coup d'un sortilège, pour expliquer leur malaise mental elles découvrent peu à peu qu'elles sont filles de sorciers, sorcières elles-mêmes (délire rétrograde). Elles se reconnaissent dès lors les auteurs de mille forfaits et dignes des pires tortures. Aussi se dénoncent-elles elles-mêmes et vont-elles au bûcher brûler le diable qui est dans leur corps; ces autodafés affectent parfois la forme de véritables suicides en masse.

« Il ne faut pas confondre, dit Richet, la sorcière et la possédée. La sorcière a fait un pacte avec le démon; elle a un pouvoir surnaturel qu'il lui a commis; elle est coupable et il faut qu'elle soit brûlée...

« Au contraire, le possédé est innocent. Un diable, un démon ou plusieurs démons ont eu la désobligeante fantaisie d'entrer dans son corps et de faire de lui le théâtre de leurs exploits... Aussi les possédés ne sont-ils pas à punir, mais à guérir. Mais cette guérison se fait par les prières et les exorcismes[1]. »

Le lien qui unit la sorcellerie à la possession, c'est que le sorcier ou la sorcière peuvent évoquer les démons et les faire entrer dans le corps de tel ou tel malheureux. Aussi les épidémies de démonomanie succèdent-elles aux précédentes.

Au XVIe siècle, la zoanthropie diminue, on chasse encore les loups-garous en Anjou, mais on commence à ne plus les condamner, on les enferme. En revanche, la démonolâtrie s'accentue; elle règne en Allemagne, en Flandre, en Lorraine, dans le Jura et dans le Midi (Languedoc et Limousin). — Nicole Aubry, de Vervins, est hantée par un spectre; l'ombre lui parlait *intérieurement* et exigeait impérieusement que l'on fît des aumônes et des pèlerinages. La voix parle dans la poitrine, lui indique quelquefois d'avance

Richet. — *L'homme et l'intelligence*, p. 550.

l'heure où surviendront de nouveaux accès d'exaltation, et les paroxysmes [1] indiqués par la voix éclatent à l'heure indiquée. — Dans l'épidémie de Lorraine (1595), les malades sentent en elles la voix du démon qui les pousse au suicide. Il ordonne à Jeanne de Baune et à Jeanne Drigée de se pendre [2]. — Dans le Jura (1598), Antide Colas est sollicitée à faire de même. Un combat se livre en elle, une autre voix intérieure lui conseillant le contraire ; le diable la harcèle surtout du côté droit [3]. (Cette malade offre avec deux des nôtres, la plus frappante analogie.)

Anne Langon [4] qui avait été atteinte une des premières, se mettait parfois à parler tout haut ; elle n'ignorait pas alors qu'elle articulait des sons, mais il lui semblait qu'un autre être parlait dans son intérieur. Cette religieuse se sentait dans l'impossibilité de prier, de concentrer son attention sur les choses qui se rapportent à la dévotion ; il lui semblait qu'elle était hébétée, privée de ses facultés intellectuelles et morales, incapable de prendre une détermination [5]. Elle ne dit pas textuellement que le diable se servait de sa langue pour parler, mais il lui semblait que les muscles de sa poitrine fussent mis en jeu par une puissance étrangère. Elle entendait parler, cela semblait se faire par le moyen de quelqu'autre qui tirait et repoussait son vent... Parfois, au contraire, si elle se mettait en oraison, l'esprit malin la troublait, elle ne pouvait poursuivre ni mouvoir sa langue [6].

Aupetit croyait qu'il avait un démon sous ses ordres. Il l'apercevait dans les nuages ; il le voyait sous la forme d'un bélier, d'un chat, d'une grosse mouche, d'un papillon ; il s'imaginait fréquenter le sabbat ; son intelligence était tellement renversée dans certains moments qu'il lui devenait impossible de prier ; il se croyait obligé en célébrant la messe de mettre le nom du diable à la place de celui de Dieu. La pensée et l'image du démon le suivaient partout.

[1] Jehan Boulcese, in-4°. Paris, 1478. Cité par Calmeil. *De la folie*, p. 264-265, l. III, ch. II.

[2] MDXCVI. Remigius. — *Libri demonolatriæ.*

[3] Henry Boguet, 1603. — *Discours sur les sorciers*, Lyon,

[4] *Démonopathie à Kintorp*, 1552.

[5] Wieri. — *Opera omnia* ; in-4°, p. 301. — Bodin. *Démonomanie des sorciers* ; in-4°, p. 161. — Calmeil. *De la folie*, liv. III, ch. II, p. 257.

[6] S. Goulard. — *Histoires admirables*, p. 46 à 60, t. I, Paris, 1660.

« Le diable m'avait appris au sabbat à dire la messe en sa faveur. Il m'avait ordonné de dire mes prières au nom du diable et non *pas du Père* ; je ne pouvais plus dire : *Ceci est mon corps... ceci est mon sang...* je prononçais Belzébuth... Lorsque je faisais des efforts pour me recueillir pour officier dignement, le diable se mettait à voltiger sous mes yeux : prenant la forme d'un papillon, il me brouillait l'entendement et je me sentais contraint de prier à la manière du diable [1]. » (D'après de Lancre.)

Au dix-septième siècle, on observe encore la démonopathie endémique dans le nord de l'Europe, en Suède, à la Haye, etc. ; puis dans le Midi, en Espagne, dans le Bastan et le Labourd.

(Lille 1613). « Une religieuse de Sainte-Brigitte sentait en elle deux âmes, ou, comme elle le disait elle-même, *deux parties adverses*, dont *l'une n'avait d'inclinaison que pour le bien*, tandis que *l'autre*, *qu'elle croyait influencée par le diable, s'évertuait par instants à controuver les plus exécrables mensonges* [2].

« Ainsi s'expliquent, dit Carmeil, qui rapporte ce fait, ces oscillations continuelles de la volonté chez les démoniaques, ces luttes douloureuses, où le naturel, perverti par une maladie méconnue, l'emportait souvent sur le naturel honnête et heureux d'autrefois [3]. »

En France (1632-1639) la démonopathie de Loudun fut d'une intensité particulière ; elle gagna Chinon, Louviers, Nîmes, etc., et même les terres papales d'Avignon. La supérieure, Mme de Belciel, tout en répondant aux questions des exorcistes, entend parler un être vivant dans son propre corps, se figurant qu'une voix étrangère émane de son pharynx. Sœur Agnès dit au duc d'Orléans qu'elle voit les réponses sortir de sa bouche comme si une autre les avait proférées [4].

[1] Aupetit, curé dans le Limousin, fut brûlé vif (Calmeil, l. III, ch. II, p. 347-348).

[2] Lenormand. — *Exorcismes des possédées de Flandre*. Paris, 1623. Deux volumes in-8°.

[3] Calmeil. — *De la folie*, l. IV., ch. II, p. 524.

[4] *La Démonomanie de Loudun*, in-12 ; La Flèche, 1634. — *Cruels effets de la vengeance du cardinal de Richelieu ou histoire des Diables*, 1716 ; Calmeil, t. II, p. 26 et suiv.

« On m'a ôté la mémoire et jusqu'à la liberté de me jeter dans les bras de Dieu et de pratiquer un acte de dévotion. « Béhémoth commmença à me représenter toute ma vie depuis l'âge de six ans, et me remit dans l'esprit, *par une locution dans ma tête*, jusqu'aux moindres actions déréglées auxquelles je m'étais laissée aller[1]. » (Délire palaingnostic mélancolique.) Les diverses épidémies de possession de Loudun, de Saint-Médard, de Morzine, de Versegum, de Plédran, etc., etc., sont bien connues ; elles nous montrent tous les exemples possibles des diverses destructions du composé mental[2].

Le Père Surin, si longtemps mêlé à la célèbre affaire des religieuses de Loudun, se sentait deux âmes et même trois, parfois, à ce qu'il lui semble. On sait qu'il demeura malade jusqu'à un âge avancé et fit plusieurs tentatives de suicide. Il nous a laissé une relation détaillée de son état mental.

« Je ne saurais vous exprimer ce qui se passe en moi durant ce temps (quand le démon passe du corps de la possédée dans le sien), et comme cet esprit s'unit avec le mien, sans m'ôter ni la connaissance ni la liberté de mon âme, en se faisant comme un autre moi-même, et comme si j'avais deux âmes, dont l'une est dépossédée de son corps, de l'usage de ses facultés et de ses organes, et se tient à quartier en voyant faire celle qui y est introduite. Les deux esprits se combattent dans un même champ qui est le corps, et l'âme est comme partagée : selon une partie de soi, elle est le sujet des impressions diaboliques, et, selon l'autre, des mouvements que Dieu lui donne, ou qui lui sont propres[3].

« Je suis entré en combat avec quatre démons des plus puissants et des plus malicieux de l'enfer[4], moi, dont vous connaissez les infirmités... Depuis trois mois et demi, je ne suis jamais sans avoir un diable près de moi, en exercice. Les choses en sont venues si avant, que Dieu a permis, je pense, pour mes péchés, ce qu'on n'a peut-être jamais vu en

[1] Lettre de la supérieure des Ursulines au Père Surin.

[2] Pierre Janet. — *Automatisme psychologique*, p. 441-442.

[3] *Histoire des Diables de Loudun*. Amsterdam, 1716.

[4] Il y a alors plus qu'un dédoublement, mais dissociation multiple de la personnalité. Les exorcistes reconnaissaient des possessions par un ou plusieurs démons ; dans le deuxième cas, le nombre en pouvait atteindre, suivant eux, celui d'une légion de diables, soit 6.666 !

l'Eglise, que dans mon ministère le diable passe du corps de la personne possédée dans le mien ; alors il m'assaut, me renverse, m'agite et me traverse visiblement, en me possédant plusieurs heures, comme un énergumène.

« Dans le même temps, je sens une grande paix, sous le bon plaisir de Dieu, et, sans connaître comment me vient une rage et aversion de celui qui produit comme des impétuosités pour m'en séparer, qui étonnent ceux qui le voient ; en même temps, une grande douceur qui se produit par des cris et des lamentations, semblables à ceux des démons. Je sens l'état de damnation et l'appréhende, et me sens comme percé des pointes du désespoir, en cette âme étrangère qui me semble mienne, et l'autre âme qui se trouve en pleine confiance, se moque de tels sentiments et maudit en toute liberté celui qui les cause...

« Voire, je sens que les mêmes cris qui sortent de ma bouche viennent également de deux âmes. Les tremblements extrêmes qui me saisissent quand le saint-sacrement m'est appliqué, viennent également, ce me semble, de l'horreur de sa présence qui m'est insupportable et d'une révérence cordiale et douce, sans pouvoir les appliquer à l'une plutôt qu'à l'autre et sans qu'il soit en ma puissance de les retenir. Quand je veux, par le mouvement de l'une de ces deux âmes, faire le signe de croix sur ma bouche, l'autre me détourne la main en grande vitesse et me saisit le doigt pour le mordre de rage.

« L'extrémité où je suis est telle que j'ai peu d'opérations libres. Quand je veux parler on m'arrête la parole ; à la messe je suis arrêté court ; à table, je ne puis porter le morceau à ma bouche ; à la confession, j'oublie tout-à-coup mes péchés et je sens le diable aller et venir en moi, comme en sa maison — Dès que je me réveille, il est là ; à l'oraison, il m'ôte la pensée quand il lui plait ; quand le cœur est prêt à se dilater en Dieu, il le remplit de vague ; il m'endort quand je veux veiller et publiquement se vante qu'il est mon maître[1]. »

C'est littéralement la paraphase délirante de ce que nous avons dit au début de cette étude.

Conclusions. — On le voit, dans le groupe des mélancolies

[1] Lettre au père Attichi, 3 mai 1635.

on peut distinguer des types de mélancolie vraie, essentielle, ayant des caractères particuliers, une évolution spéciale, et a côté de simples idées mélancoliques, occupant dans l'ensemble symptomatique une place accessoire. Quand le délire mélancolique vrai passe à l'état chronique il se systématise, se cristallise, si l'on peut parler ainsi, comme le délire des persécutions.

Nous attribuons précisément à ces deux mots (*délire*, par opposition à *idées*) le même sens qu'on attribue aux mêmes expressions en ce qui concerne les persécutés. De même qu'il y a des malades à idées de persécution symptomatique et des malades à délire de persécution idiopathique, de même il y a des malades à idées mélancoliques et d'autres à délire mélancolique systématisé. C'est ce dernier que cette étude a pour but d'isoler en une entité clinique comparable à la maladie de Lasègue, ainsi qu'avait commencé à le faire Cotard dans son délire chronique des négations.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

LXXIX. LES NOYAUX DES NERFS MOTEURS DE L'ŒIL (*moteur commun, moteur externe et pathétique*) ET LEURS CONNEXIONS; par BECHTEREW. (*Archiv für anat. u. physiol.*, 1897, p. 307.)

Après avoir fait de nombreuses coupes sériées de cerveaux de fœtus et de nouveau-nés, l'auteur admet que le moteur commun possède quatre noyaux, deux principaux, un pair, l'autre impair, et deux noyaux pairs accessoires. Le plus gros est situé au-dessous des tubercules quadrijumeaux antérieurs, de chaque côté de la ligne médiane, et renferme des cellules moyennes multipolaires. A ce noyau viennent s'appliquer directement les fibres de la bandelette longitudinale postérieure, de telle sorte que la bandelette longitudinale postérieure paraît traverser la partie externe du noyau. En même temps, les deux noyaux se touchent et se pénè-

trent plus ou moins par leur bord interne. Au niveau du tiers antérieur de ce noyau, on aperçoit un noyau médian à grosses cellules; à sa partie externe et supérieure, on trouve un amas cellulaire, pair et symétrique, et un autre à sa partie antérieure. La plus grande parties des fibres qui partent de ces noyaux se dirigent en avant et en dehors. Un petit nombre, provenant de la partie postérieure du noyau principal, s'entrecroisent et constituent les fibres postérieures du moteur commun. Il est hors de conteste qu'une partie de la bandelette longitudinale postérieure se perd dans le noyau du moteur commun. Le reste, à partir du segment antérieur du noyau principal, s'éloigne peu à peu de la substance grise centrale et pénètre dans un noyau qui appartient à la commissure postétérieure et que Darkschewitsch considérait comme le noyau supérieur du moteur commun. Le noyau du moteur commun reçoit, en outre, les fibres profondes du tub. quadrijumeau antérieur. Quant au pathétique, bien des opinions ont été émises à son sujet. L'embryologie permet de placer son origine dans un noyau situé dans la bandelette longitudinale postérieure, que certains auteurs rattachent au moteur commun; mais on peut suivre sur le cerveau du fœtus les racines du pathétique jusqu'à ce noyau. Le développement montre également l'entrecroisement total du pathétique. Pour ce qui est du noyau du moteur externe, l'embryologie permet d'affirmer qu'il n'envoie des fibres que dans la racine correspondante; l'entrecroisement partiel n'existe pas. Bien des obscurités subsistent sur les connexions des noyaux des moteurs externe et commun. Duval et Laborde ont attiré l'attention sur l'existence des fibres qui se dirigent, du noyau du moteur externe, sous le plancher du quatrième ventricule vers le noyau du moteur commun opposé. Mais ces recherches n'ont pas eu de confirmation. En raison de l'entrecroisement partiel non douteux des racines du moteur commun, certains auteurs ont pensé que ces deux noyaux étaient directement reliés par des fibres qui traversaient la bandelette longitudinale postérieure. En tout cas, du noyau du moteur externe partent un assez grand nombre de fibres qui traversent la bandelette longitudinale postérieure, s'entrecroisent et atteignent la bandelette du côté opposé. Sans doute, ces fibres relient les noyaux du moteur externe et du moteur commun du côté opposé. Du noyau du pathétique se détachent des fibres qui vont dans la bandelette du même côté. Comme les faisceaux précédents, ils président aux mouvements associés des pupilles. Enfin, entre les noyaux du moteur commun, on trouve un système de fibres d'association, qui ont certainement une action sur les mouvements synergiques des pupilles.

DARDEL.

LXXX. Le grand sympathique et le corps thyroïde; par le professeur J.-P. Morat (de Lyon). (*Presse médicale*, 22 décembre 1897.)

L'excitation expérimentale du grand sympathique se traduit sur la glande thyroïde par une contraction des vaisseaux thyroïdiens, lorsque l'excitation est faite sur le cordon cervical; elle détermine au contraire une dilatation vasculaire lorsqu'elle porte sur la chaîne thoracique dans sa partie supérieure. Il faut admettre, en principe, bien que ce fait ne soit pas encore absolument établi, que, comme celui des autres glandes, le parenchyme thyroïdien reçoit des nerfs qui lui sont propres et qui agissent sur ses éléments sécréteurs d'une façon indépendante de ceux qui gouvernent les vaisseaux. Si on ajoute ces faits nouveaux acquis sur l'action vaso-motrice du sympathique à l'égard de la thyroïde aux faits antérieurs déjà connus concernant l'action de ce nerf dans le champ de sa distribution à la tête et au thorax, on voit qu'une excitation artificielle portée sur la chaîne thoracique, fait accélérer le cœur, saillir le globe oculaire en même temps qu'elle fait rougir la face et congestionner le corps thyroïde, c'est-à-dire, réalise les symptômes apparents du goitre exophtalmique. Si cette excitation s'étendait à une région un peu plus basse de la chaîne thoracique, elle produirait de la glycosurie et d'autres effets moins habituels de la maladie de Basedow.

On peut donc concevoir le goitre exophtalmique comme le produit d'une excitation de la partie thoracique de la chaîne sympathique par une cause naturellement inconnue. Cette cause agirait simultanément et parallèlement sur des nerfs commandant à des fonctions d'importance inégale et dont la surexcitation peut avoir comme conséquence directe ou éloignée, une simple difformité comme l'exophtalmie, ou des troubles circulatoires déjà sérieux comme la palpitation cardiaque ou un retentissement beaucoup plus profond sur la nutrition et l'état psychique de l'individu, comme il arrive du fait de l'hyperfonction du corps thyroïde. Cette théorie est celle à laquelle se range M. Abadie dans un article publié dans la *Presse médicale*, avec cette différence cependant que cet auteur subordonne l'action propre de la glande à celle de ses vaisseaux, suivant les idées qu'on se faisait autrefois de la sécrétion.

A. Fenayrou.

LXXXI. La théorie des réflexes; par M. de Massary. (*Presse médicale*, 5 février 1898.)

Après avoir étudié les voies conductrices de l'influx nerveux et distingué l'arc médullaire, substratum anatomique de l'acte réflexe simple, inconscient, et l'arc cérébral, représentant la voie suivie par l'acte volontaire mis en jeu par une excitation perçue, l'auteur

passe en revue les diverses causes susceptibles de produire soit la diminution ou la suppression des réflexes, soit leur exagération. D'une façon générale, la diminution ou la disparition des réflexes provient d'une lésion de l'arc médullaire périphérique (lésions du protoneurone centripète dans le tabes; du neurone centrifuge dans les polyomyélites antérieures aiguës, subaiguës ou chroniques de l'enfant ou de l'adulte et dans les polynévrites motrices; des plaques motrices terminales dans certaines auto-intoxications dans la maladie bronzée d'Addison ou dans le diabète, par exemple).

Leur exagération relève parfois d'une irritabilité excessive des neurones de l'arc médullaire; il en est ainsi dans certaines intoxications, telle que l'intoxication par la strychnine ou la toxine tétanique. Mais, le plus souvent, elle provient d'une lésion de l'arc cérébral central; elle est alors la conséquence de la suppression de la fonction modératrice exercée par l'arc cérébral sur l'arc médullaire. Seules, les lésions du neurone moteur de cet arc sont connues: lésions soit primitives de la paraplégie spasmodique familiale et de la sclérose latérale amyotrophique, soit secondaires à des causes cérébrales (hémorrhagies, ramollissements), ou médullaires (sclérose en plaques, myélites transverses, compression de la moelle); parfois mais rarement, l'exagération des réflexes est due à un retard dans le développement du faisceau pyramidal, trouble évolutif caractéristique de la maladie de Little. A. Fenayrou.

LXXXII. La non-équivalence des deux hémisphères cérébraux; par M. M. Klippel. (*Presse médicale*, 29 janvier 1898.)

Maintes particularités anatomiques, physiologiques et pathologiques séparent le cerveau droit du cerveau gauche. Et d'abord, ils diffèrent par leur réaction pathologique sur la moelle; le plus souvent, les lésions de l'hémisphère gauche retentissent davantage sur l'axe spinal que celle de l'hémisphère droit, ce qui tient, au moins en partie, à la plus ample distribution, à la moelle, des fibres corticales émanées de l'hémisphère gauche. Les deux hémisphères ne sont le plus souvent égaux, ni en poids ni en volume chez les individus sains d'esprit comme chez les aliénés. La morphologie de l'écorce présente des différences de détail d'un côté à l'autre. D'après certains auteurs le développement du cerveau gauche serait plus rapide; les actes les plus intellectuels, en particulier le langage, sont sous sa dépendance propre. Les lésions localisées de l'aphasie attestent encore la non-équivalence des deux hémisphères. D'autres faits pathologiques mentionnés par l'auteur plaident dans le même sens : modification du caractère et émotivité chez des malades atteints de lésions de l'hémisphère droit opposées aux troubles du langage et à l'affaiblissement intellectuel qui trahissent les lésions de l'hémisphère gauche; abolition du

réflexe pharyngé plus fréquente chez les hémiplégiques gauches; dysarthrie plus fréquente dans les lésions de l'hémisphère droit. Fréquence plus grande des paralysies fonctionnelles par perturbations dynamiques relevant de l'hémisphère droit. Hémianesthésie dépendant plus souvent de troubles dynamiques du cerveau droit. Il semble que l'hémisphère droit soit plus sujet aux troubles dynamiques tandis que le cerveau gauche est plus prédisposé aux lésions organiques et profondes. Les termes d'hémisphère mâle et d'hémisphère féminin rendraient assez bien les différences de nature des deux cerveaux, dont l'un, plus intellectuel, est plus stable, et dont l'autre, plus excitable, est aussi d'un épuisement plus rapide. La non équivalence des hémisphères comporterait encore le dédoublement de la pensée; mais cette théorie est loin d'être établie. Le dualisme pathologique des opérations les plus élevées de l'esprit n'est point encore prouvé scientifiquement. En terminant, l'auteur observe que la non-équivalence des hémisphères cérébraux distingue l'homme de tous les autres animaux.

A. FENAYROU.

LXXXIII. DES LÉSIONS HISTOLOGIQUES FINES DE LA CELLULE NERVEUSE DANS LEURS RAPPORTS AVEC LE DÉVELOPPEMENT DU TÉTANOS ET L'IMMUNITÉ ANTITÉTANIQUE; par MM. les professeurs CHANTEMESSE et MARINESCO. (*Presse médicale*, 29 janvier 1898.)

Dans ce travail, les auteurs exposent les constatations anatomopathologiques qu'ils ont faites sur des moelles de cobayes qui avaient été soumis à l'inoculation de toxine tétanique seule, ou d'un mélange de toxine et d'antitoxine ou qui avaient subi une inoculation de toxine suivie, vingt-quatre heures après d'une inoculation d'antitoxine. Les lésions histologiques constatées par eux dans les grandes cellules des cornes antérieures de la moelle à la suite de l'inoculation de toxine tétanique (tuméfaction de la cellule; coloration diffuse de la substance achromatique; raréfaction et modifications morphologiques des éléments chromatophiles; noyau et nucléole petits; aspect ovalaire du noyau; prolongements protoplasmiques plus visibles qu'à l'état normal, etc.), sont à peu près les mêmes que celles qui ont été observées par d'autres auteurs; ces lésions ne sont pas toujours identiques; elles peuvent varier avec les conditions d'expérimentation. Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que, tant que les contractures persistent, des altérations des cellules sont appréciables, et qu'il n'y a pas de tétanos sans lésions médullaires. Tout récemment, un auteur anglais, Hunter, a confirmé chez l'homme la présence de ces lésions cellulaires. Chez les animaux qui ont reçu simultanément de la toxine et de l'antitoxine, on n'observe pas de symptômes appréciables et on ne constate, à l'autopsie, qu'une légère ampliation du

corps cellulaire, du noyau et du nucléole, mais pas de véritables lésions. Enfin, après une inoculation de toxine suivie vingt-quatre heures plus tard d'une dose de sérum antitétanique curative, les auteurs ont observé : 1° chez un cobaye sacrifié au bout de cinq jours, de la chromatolyse, un état foncé de la substance achromatique, un noyau à contour vague et d'un volume réduit; un nucléole plus volumineux que celui des animaux qui, ayant vécu la même durée, n'ont pas reçu d'antitoxine; 2° chez un cobaye sacrifié au bout de quarante-cinq jours, alors que la contracture avait disparu, une absence totale de lésions médullaires.

Ces constatations viennent à l'appui de l'idée d'après laquelle le tétanos est dû à une combinaison du poison tétanique avec la cellule nerveuse, par suite de l'affinité de la toxine tétanique pour le neurone moteur. La symptomatologie du tétanos est en rapport intime avec la production des lésions qui exaltent l'excitabilité de la substance nerveuse. La phase silencieuse de l'intoxication tétanique correspond à la période pendant laquelle s'effectue la combinaison de la toxine et des éléments de la cellule nerveuse. Lorsque cette combinaison est faite, l'antitoxine ne peut l'empêcher d'exister; elle peut, tout au plus, empêcher la formation de nouvelles combinaisons dans le cas où le foyer producteur de toxine serait encore en activité; c'est ce qui explique le peu d'efficacité de l'antitoxine lorsque les phénomènes de contracture ont apparu. La nature intime de la réaction cellulaire qui se produit à la suite de l'inoculation simultanée de toxine et d'antitoxine, est difficile à préciser. Mais il reste des constatations faites par les auteurs, que l'immunité contre le poison tétanique se traduit anatomiquement par des modifications cellulaires nerveuses appréciables.

A. Fenayrou.

LXXXIV. L'évolution du langage considérée au point de vue de l'aphasie; par M. P. Marie, médecin de l'hospice de Bicêtre. (*Presse médicale*, 29 décembre 1897.)

Dans cette leçon, M. P. Marie a eu pour but de montrer « qu'il était illogique d'admettre pour chaque modalité du langage des centres spéciaux. Il croit qu'il faut réagir contre la débauche de localisations à laquelle on s'est livré dans cette question de l'aphasie ; car la plupart de ces prétendues localisations sont uniquement basées sur le pur schéma ou sur des données anatomo-pathologiques dont l'interprétation a été défectueuse. » Selon lui, il est possible que le langage parlé, tout en étant un acte conventionnel acquis, procède de centres préformés ; ce fait s'expliquerait en admettant la formation progressive de ce centre dans la longue succession d'ancêtres qui, depuis des milliers d'années, ont employé le langage parlé. Pour le langage écrit, bien plus conventionnel que

le langage parlé et dont l'usage, pour chaque individu pris isolément est tout à fait récent, il ne saurait y avoir que des centres adaptés ; certains centres communs présidant déjà à d'autres actes du fonctionnement cérébral naturel et spontané (vision, mouvements des membres, etc.), sont, par suite de l'éducation, dressés à s'acquitter par surcroît de tout ce qui concerne leurs fonctions dans la série des opérations du langage écrit. Les actes par lesquels doit passer un individu qui écrit, sont les suivants : 1° évocation des sons qui forment les noms indiquant la pensée et transformation de ces sons en signes graphiques; 2° inscription de ces signes graphiques. Le premier de ces actes est sous la dépendance évidente du centre du langage parlé ; quant au second, il s'opère par l'intermédiaire des centres psycho-moteurs. Dans notre écriture actuelle, l'acte moteur est sous la dépendance directe du langage oral intérieur. L'explication des faits d'agraphie n'oblige nullement à admettre l'existence de centres spéciaux pour le langage écrit. En effet, l'agraphie accompagnant l'aphasie motrice est due aux troubles de l'élément phonétique intérieur. L'agraphie concomitante de l'aphasie sensorielle reconnaît pour cause la perte des représentations visuelles des caractères qui doivent traduire graphiquement les sons fournis par le langage intérieur ; l'existence d'aphasiques sensoriels sans agraphie ne prouve nullement l'inexactitude de cette hypothèse ; la production de la cécité verbale pure (Déjerine) ou alexie sous-corticale peut, en effet, s'expliquer de la façon suivante : chez un individu instruit, l'habitude d'écrire devient telle qu'il n'a plus besoin d'employer les images visuelles graphiques; les souvenirs moteurs suffisent à diriger sa main; il a pu perdre sa mémoire visuelle, sans pour cela se trouver privé de la faculté d'écrire; un individu peu instruit, au contraire, ne pouvant écrire sans faire exclusivement usage de ses images visuelles, sera atteint en même temps de cécité verbale et d'agraphie lorsque ces images auront disparu. A. Fenayrou.

LXXXV. Le centre de l'agraphie et la surdi-mutité; par M. Brissaud. (*Presse médicale*, 15 janvier 1898.)

Dans ce travail, M. Brissaud s'attache à réfuter les idées soutenues par M. P. Marie dans un article sur « l'évolution du langage considérée au point de vue de l'aphasie », paru dans le numéro du 29 décembre 1897 de la *Presse médicale*. S'appuyant sur des arguments tirés de l'interprétation des phénomènes observés chez les sourds-muets, relativement à la fonction du langage, il se refuse à admettre que le langage parlé procède de centres préformés, tandis que le langage écrit relève de centres adaptés. Selon lui, la faculté d'apprendre à parler et la faculté d'apprendre à écrire sont dans des territoires différents de l'écorce, soumises l'une et

l'autre à la même loi d'adaptation fonctionnelle. Chez le sourd-muet, le langage digital, lequel n'est en réalité qu'une écriture dans l'espace, est identique par nature au langage écrit et indépendant du langage parlé. Sa localisation cérébrale n'est pas la même que celle du langage phonétique articulé ; le centre de la fonction, qui doit le plus directement concourir à la dactylologie, n'est autre que celui des mouvements de la main et des doigts : « C'est, selon moi, écrit M. Brissaud, jusqu'à preuve du contraire, le centre du langage écrit, celui de la deuxième frontale. »

A. FENAYROU.

LXXXVI. LES CELLULES DES OLIVES INFÉRIEURES : par O. KLINKE. (*Neurolog. Centralb.* XVI. 1897.)

La méthode de Nissl montre bien qn'il y a entre ces cellules une légère différence quant à leur volume et à leur forme, les unes étant plutôt arrondies et en oignons, les autres piriformes et fusiformes, d'aucunes polygonales. Mais la fine structure du corps de la cellule est la même dans les cellules de l'olive et de l'olive accessoire de l'homme, et celles de l'olive inférieure du chat. Parfois telle cellule paraît pyknomorphe ; telle autre est pâle, surtout à la paroi externe de la couche olivaire; dans certains cas le cylindraxe est difficile à reconnaître, mais netteté du corps, du noyau, du nucléole, du pigment. Dans le corps de la cellule on voit des fils bleus qui semblent continuer ceux qui, des prolongements cellulaires, rayonnent dans le protoplasma central. Tous ces fils s'entrecroisent en formant un réseau à mailles dont le treillis est plus dense autour du noyau ; d'aucuns ont même l'air de traverser complètement le noyau tandis que quelques-uns ne franchissent pas le voisinage du nucléole. Le pigment paraît occuper les mailles du réseau ou plutôt de la charpente qui rappelle les rayons du miel et de l'éponge. La périphérie du pigment opposée au noyau semble recouverte d'une espèce de calotte d'un bleu intense ; de même, tout près du noyau, autre calotte foncée. Le noyau, bleu pâle, avec ses nucléoles, bleu foncé, où l'on distingue quelques petits endroits clairs, tranche toujours sur le reste de la cellule. Dans quelques cellules, le noyau est franchement séparé du corps de la cellule par un encadrement bleu foncé net. P. KERAVAL.

LXXXVII. OBSERVATION DE MOUVEMENTS ASSOCIÉS TYPIQUES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DROITE DANS L'APHASIE ; par E. REMARK. (*Neurolog. Centralbl* XVI. 1897.)

Chez l'adulte paralysé, très fréquemment, on observe des mouvements associés symétriques et identiques dans l'extrémité saine, quand on essaie de faire mouvoir le membre paralysé; de plus,

dans les cas de parésies de la jambe, les mêmes mouvements se peuvent produire dans le membre supérieur, du même côté que celui de la jambe (origine périphérique.)

Voici une dame de soixante-huit ans, atteinte d'aphasie partielle accompagnée, au besoin, de paraphasie. Elle comprend bien ce qu'on lui dit, exécute correctement les ordres qu'on lui donne, ne nomme qu'en partie les objets qu'on lui montre, mais les choisit bien, ainsi que les lettres qu'on lui propose de trouver; elle ne peut lire, ni énoncer des nombres de plus d'un chiffre. Pour parler spontanément ou pour répondre aux questions qu'on lui pose, les mots lui manquent souvent, notamment les substantifs: quand il s'agit de mots plurisyllabiques, assez souvent elle est atteinte de paraphasie syllabique et confond les syllabes. Point de troubles paralytiques de la parole; elle répète généralement avec exactitude les mots courts. Quant aux mots polysyllabiques qui lui sont moins familliers, elle ne peut davantage les répéter; elle dit elle-même qu'elle les a déjà réoubliés. Elle ne peut plus écrire. Il existe donc un trouble de conductibilité dans le domaine du centre moteur de la parole. Pas d'hémianopsie; pas de perturbation dans le facial. Quelque lenteur dans les mouvements du bras droit; rien du côté des phénomènes tendineux à droite ni à gauche

Le bras droit présente quelque incoordination : la malade ne peut se vêtir ou se déshabiller seule, boutonner ses vêtements, ouvrir un couteau de poche. Les yeux étant fermés, il existe de l'ataxie lorsque la main droite s'efforce d'aller toucher le nez ou l'oreille. Cette hémiataxie est surtout en rapport avec un trouble du sens de la localisation des doigts et de la faculté d'apprécier les reliefs, de reconnaître au toucher même de gros objets. En outre, au moment où la malade parle, le bras droit, fléchi et un peu étendu, est le siège de mouvements d'ouverture et de fermeture alternatifs de la main qui commencent par le pouce et l'indicateur, et aboutissent à une exagération de la flexion du coude avec graduelle élévation du membre en avant, de sorte que la main se porte à la bouche (automatisme); puis, on constate des rotations choréiformes de l'épaule. Si l'on fait parler longtemps la patiente, et surtout si on lui procure une émotion pénible, sous l'influence de ses efforts impuissants de parler, l'autre bras lui-même participe aux mêmes troubles de la locomotion. Les mouvements volontaires commandés de la main gauche provoquent des mouvements associés identiques de la main droite. Quand on fait tirer la langue, opération qui s'exécute promptement et sans déviation, voilà simultanément le pouce et l'indicateur de la main droite étendus et écartés; faites rentrer la langue, ces doigts se referment. Même constatation lorsqu'on fait ouvrir et fermer la bouche.

Comme il n'y a pas eu d'ictus, ni de douleurs de tête, ni sensibilité à la percussion du crâne, ni névrite optique, on a affaire à un foyer de ramollissement de la troisième frontale gauche. Les troubles de la sensibilité et de la coordination du membre supérieur droit peuvent tenir à un foyer cortical, ou plus profond, du cerveau; s'il est cortical, il y a coparticipation soit de la région motrice du bras, soit de la région pariétale. L'atteinte fonctionnelle des fibres d'association explique les mouvements associés sus-décrits. P. Keraval.

LXXXVIII. Appareil d'induction réglable par l'électrode; par A. Sœnger. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Quand on fait de l'électrodiagnostic, il faut aller à la table où est l'appareil pour modifier l'intensité du courant, soit en déplaçant la bobine secondaire de l'appareil d'induction, soit en faisant tourner une manivelle. Voici un système nouveau : on règle le courant en pressant simplement un des deux boutons qui se trouvent sur la poignée de l'électrode, on fait ainsi mouvoir, en avant ou en arrière, *ad libitum*, la bobine secondaire ; en d'autres termes, on renforce ou on affaiblit le courant (voir le dessin pour comprendre le mécanisme, dans le mémoire). P. Keraval.

LXXXIX. Observation de paralysie du tact ; par Dubbers. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Homme de cinquante-un ans, ayant reçu, en 1870-71, à la bataille de Wœrth, une balle dans la tête ; elle aurait pénétré dans le crâne, et n'aurait pas été retrouvée; esquilles, hémiplégie gauche. Guérison en juin 1871. Mais attaques convulsives de la moitié gauche du corps avec perte de connaissance. En 1890, agitation, violences, hallucinations de la vue, migrations, affaiblissement de la mémoire, confusion dans les idées, obtusion. Même état en 1892 avec nombreuses attaques. Séquestré le 30 janvier 1894 ; guérison le 24 mars 1896, par K. Br. La moitié gauche du corps est le siège d'une diminution de la sensibilité au contact, tandis qu'il existe de l'hyperesthésie à la piqûre. Partout, néanmoins, le malade sent nettement les agents thermiques, la douleur, l'électricité et conserve la notion de position. Si l'on place des objets dans la main gauche du malade dont on a préalablement fermé les yeux, il en reconnaît les propriétés générales sans en déterminer la nature ; pour qu'il arrive à les désigner, il faut qu'il les touche de la main droite. Il reconnaîtra une brosse au bruit que font les soies de celle-ci, le savon à son odeur, ce qui indique bien que la sensibilité tactile est seule atteinte. Puisqu'il perçoit les qualités analytiques des corps, il y a réellement déficit

exclusif de la perception au toucher. *Conclusion.* Il existe une lésion de l'hémisphère droit, entre le tiers moyen et le tiers inférieur de la pariétale ascendante, qui, peut-être, intéresse aussi la partie postérieure contiguë du lobe pariétal, notamment du lobule pariétal inférieur (supramarginal) ; ce qui tendrait à le prouver, c'est la guérison des troubles de la motilité et de la sensibilité commune, tandis que la paralysie purement tactile a persisté.

P. KERAVAL.

XC. LE CENTRE CONVULSIF ET LE CENTRE DE LA LOCOMOTION AU NIVEAU DE LA PROTUBÉRANCE; par W. DE BECHTEREW. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Expériences de Souschtschinsky, Wyronbow, Todorski, Borischpolsky, Meyer. Il est vrai qu'une piqûre d'épingle dans la région protubérantielle du lapin détermine une attaque d'épilepsie complète classique ; mais, chez le chien, pour arriver au même résultat, il faut mettre l'aiguille en communication avec l'appareil de du Bois-Reymond. Cela a lieu en réalité par la transmission de l'excitation aux hémisphères cérébraux, et en particulier à l'écorce de la région motrice, comme pour les attaques convulsives toxhémiques. Pour qu'il y ait convulsions cloniques, il faut agir sur l'écorce. Les attaques d'épilepsie, quelle qu'en soit l'origine (absinthe, électrisation de l'écorce), procèdent toujours d'un afflux sanguin au cerveau, constrastant avec une diminution de l'action des vaisseaux sanguins du corps. Quand on pique le pont de Varole du lapin, il se produit une congestion cérébrale temporaire par diminution de l'action des artères des autres parties du corps ; de là l'attaque d'épilepsie. La simple piqûre du même organe chez le chien ne produit pas le même résultat parce que chez les animaux supérieurs, le cerveau ayant un gros volume, la piqûre n'excite point les centres vaso-moteurs, il faut qu'une lésion plus étendue agisse sur les conducteurs-moteurs. Il n'y a donc pas de centre convulsif dans la protubérance, il y a des éléments moteurs. Le centre moteur qui existe au niveau de la partie supérieure du bulbe et de la protubérance est un centre locomoteur, un centre spécial, apparié, destiné à la locomotion, qui commande à l'activité associée des quatre extrémités de l'animal, qu'il s'agisse d'une grenouille ou d'un animal supérieur. L'excitation indépendante de ce centre engendrera des mouvements convulsifs comme ceux qui surviennent à la suite des hémorrhagies violentes, ou quand on a lié, soit les quatre artères cérébrales, soit les veines encéphaliques, même chez les animaux auxquels préalablement on a enlevé toutes les régions de l'encéphale situées en avant de la protubérance. Mais l'excitation de ce centre provoquera des convulsions toniques, et non pas une association régulière de convul-

sions toniques et cloniques comme celle qui résulte de l'excitation des zones corticales motrices.

Cela ne veut pas dire que les convulsions cloniques soient exclusivement et toujours dues à l'excitation de l'écorce. On les constate notamment dans la commotion cérébrale, même chez les animaux privés de leurs zones corticales motrices; on les observe encore quand on excite des territoires extracorticaux, en particulier chez les chiens choréiques qui n'ont pas succombé à la section transvase des segments supérieurs de la moelle.

Cela veut dire que les convulsions cloniques à succession rapide, caractéristiques de l'irritation des zones corticales motrices, ne peuvent être engendrées ni par l'excitation de la protubérance, ni par celle d'autres territoires sous-corticaux. P. Keraval.

XCI. Remarques sur les illusions microscopiques dues a un écrasement postmortem de la moelle et sur la formation du névrome dans cet organe; par H. Schlesinger. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

En procédant maladroitement à l'enlèvement de la moelle sur le cadavre, on la contrit facilement et l'on constate ensuite, sous le microscope, des aspects spéciaux qui en imposent pour des malformations, des hétérotopies, des tumeurs. Ces produits artificiels sont très connus dans les grands laboratoires. Aussi peut-on affirmer que les névromes de la moelle décrits par Raymond (*Archives de Neurologie*, XXVI) et par Schlesinger (*Arbeit. aus dem Laboratorium des prof. Obersteiner*, cah. 3, 1895, Vienne), sont de vrais névromes. P. Keraval.

XCII. Recherches expérimentales sur l'origine du trijumeau; par G. Kliatschkin. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Préparations du trijumeau du chat par la méthode de Marchi et Algeri :

1° Quand on a lésé le tronc du trijumeau à la base, à l'endroit où le nerf vient d'entrer dans la substance cérébrale, on constate : *a*) La dégénérescence des fibres des racines motrices et sensitives jusqu'aux noyaux correspondants; *b*) La dégénérescence descendante des racines spinales (Obersteiner), dont le noyau originel forme la substance gélatineuse de Rolando; les fibres dégénérées de ces racines entrent dans la substance gélatineuse, la suivent en plein jusqu'à la hauteur de la deuxième paire cervicale; *c*) La dégénérescence des fibres qui du trijumeau vont au cervelet ou à la substance ferrugineuse de l'un ou l'autre côté. — 2° La lésion de la racine spinale à la hauteur des olives entraîne : *a*) Au-dessous de l'endroit lésé, la dégénérescence de toute la partie infé-

rieure de cette racine jusqn'à la deuxième paire cervieale, les fibres dégénérés pénètrent successivement dans la substance gélatineuse comme lorsqu'on a lésé le tronc du trijumeau; *b*) Au-dessus de l'endroit lésé, il n'y a pas de dégénérescence, à part quelques fibres qui, disséminées plutôt que groupées dans la partie antérieure de la racine spinale, ne montent pas au delà de l'origine apparente de l'oculomoteur externe; à ce niveau ces fibres semblent entrer dans la masse comme du corps restiforme. — 3° La lésion du tronc des hémisphères dans la région du tubercule quadrijumeau supérieur, à l'endroit où ce dernier possède des cellules vésiculiformes qui donnent naissance à la racine cérébrale de la cinquième paire (Obersteiner), entraîne une dégénérescence descendante de ces fibres radiculaires; la plupart d'entre elles gagnent en bas les fibres des racines motrices avec lesquelles elles quittent le cerveau; quelques-unes entrent dans le noyau moteur et se distribuent aux cellules de ce dernier. — 4° La lésion du cervelet tout près des noyaux du trijumeau ne permet pas de suivre le trajet des fibres de la racine sensorielle directe des auteurs; on ne peut percevoir de connexions du cervelet avec le trijumeau. — 5° Les lésions de la substance cérébrale dans la région de la substance ferrugineuse ne révèle pas les fibres qui, d'après les auteurs, vont de cet endroit au trijumeau. — 6° A la suite d'une lésion à la hauteur, des racines de la cinquième paire, du faisceau longitudinal postérieur, on observe nettement comment les fibres dégénérées, après entrecroisement sur la ligne médiane du côté opposé, vont des deux côtés du raphé au noyau moteur. Ce sont peut-être les fibres des pédoncules cérébraux décrites par Meynert qui relient le noyau du trijumeau à l'écorce (voie centrale).

P. Keraval.

XCIII. Contribution a la connaissance du trouble de la sensibilité de Bernhardt a la cuisse; par G. Kœster. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Le sujet de cette observation est un médecin. C'est un homme de soixante-quatre ans, qui, à la suite d'une longue promenade dans les musées de Berlin, éprouve à la face externe et antérieure de la cuisse droite une brusque sensation de tension, d'engourdissement qu'il compare à une brûlure. Après des alternatives variées, le phénomène disparaît en quelques jours. Huit ans plus tard, il reparaît en visitant les musées d'Italie; en outre, une tension douloureuse, qui se transforme parfois en une vive piqûre, part du bassin et envahit la face antérieure et latérale de la même cuisse jusqu'au genou, pour se continuer par un sentiment de contention marqué. La jambe gauche est, à son tour, atteinte, quoique à un moindre degré. La pression de la peau

est douloureuse; celle des gros troncs nerveux ne l'est pas. Mêmes oscillations qu'il y a huit ans, et tout disparait. L'an dernier, à l'occasion de l'exposition de Berlin, sensibilité douloureuse extrême et sensation de piqûre sur toute la face antérieure et latérale de la cuisse droite, depuis le bassin jusqu'au bord externe de la rotule, réapparition de la tension, avec point particulièrement sensible à dix centimètres au-dessus de la rotule et à sept centimètres de la ligne médiane, qu'exaspère d'abord la pression, bientôt modératrice à son tour. Les mêmes accidents s'observent à la cuisse gauche, mais disparaissent spontanément. Il fallut un massage de plusieurs semaines, deux fois par jour, pour obtenir de l'amélioration. L'examen de la sensibilité des nerfs fémoro-cutanés des deux jambes ne fournit pas grand'chose; à droite, sur une étendue de trente-deux centimètres de long et treize centimètres de large, du grand trochanter au bord externe de la rotule on constate une diminution de la sensibilité dans tous ses modes, sauf en ce qui concerne la faradisation; une zone identique existe à gauche, mais elle ne dépasse pas la largeur de la paume de la main à douze centimètres du bord externe de la rotule et au-dessus d'elle. P. Keraval.

XCIV. Remarques relatives au durcissement dans le liquide de Muller au formol (mélange de Orth); par O. Juliusburger. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Dans ce liquide (voy. *Neurolog. Centralbl.*, 1896 [1]), on laisse séjourner deux à quatre jours de tout petits morceaux; on lave ensuite à l'eau courante pendant vingt-quatre heures, puis on place un jour dans l'alcool à 95°, un autre jour dans l'alcool absolu. un troisième jour dans l'alcool éthéré, enfin on inclut dans la celloïdine. Ceci fait, par le traitement à la solution de bleu de méthylène de Nissl on développera les granulations des cellules et l'on pourra combiner le traitement à l'éosine qui colore les hématies. Malheureusement, toutes les préparations ne conservent pas le même temps leur coloration.

De belles et fidèles préparations sont obtenues en employant la solution aqueuse à 1 p. 100 de rouge neutre à chaud pendant une demi-minute ou trois quarts de minute; on décolore dans l'alcool à 95° ou absolu, puis on éclaircit à l'huile de bergamotte et on inclut dans le baume de Canada. On peut encore employer une solution aqueuse de thionine à 1 p. 100.

Les coupes colorées au bleu de méthylène à chaud seront successivement placées dans l'alcool absolu; un mélange d'essence de térébenthine rectifiée, 5 p., et d'alcool absolu, 100 p.; l'alcool

[1] Voy. *Archives de Neurologie*.

absolu. L'alun hématoxylique colore irréprochablement les noyaux.

La coloration des cylindraxes peut se faire dans la fuchsine acide. On place successivement les coupes dans la solution aqueuse à 2 p. 100 pendant une minute, dans l'alcool à 80°, dans l'alcool à 95°, ou bien on emploie la méthode de Gieson.

Coloration au carmin et à la nigrosine, ou à la méthode de Pal; on placera d'abord des coupes pendant vingt-quatre heures dans un mélange de :

Bichromate de potasse	5 gr.
Chromate d'alumine	2 gr.
Eau distillée	100 gr.

Suivent quelques critiques sur la myéline, qui, dans ce cas, ne se présente pas comme dans les préparations durcies à la liqueur de Muller. P. KERAVAL.

XCV. CONTRIBUTION A L'ANATOMIE DE LA RACINE ANTÉRIEURE DE LA COUCHE OPTIQUE, DE LA CIRCONVOLUTION DU CORPS CALLEUX ET DU FAISCEAU ACOUSTIQUE; par P. FLECHSIG. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Le territoire cortical préfrontal est-il en rapport avec le noyau médian de la couche optique? La question est difficile à résoudre. En effet, si la racine antérieure de la couche optique est, sur des fœtus de quatre mois, complètement munie de sa myéline, on ne trouve, sous l'écorce du pôle frontal, que des fibres myéliniques isolées et l'on n'en trouve point en d'autres endroits du territoire préfrontal, on n'en trouve pas du tout notamment au point où la plupart des auteurs font se terminer dans l'écorce la racine antérieure de la couche optique. Les fibres de cette racine s'infléchissent tout d'un coup par faisceaux qui ne s'individualiseront que plus en avant, les uns pour se diriger en arrière, les autres pour se diriger en haut. Les faisceaux qui s'en vont en arrière gagnent d'abord la substance blanche de la première frontale et dessinent un coude dont l'angle est d'autant plus aigu qu'ils étaient parvenus plus en avant; ils arrivent finalement à la circonvolution du corps calleux dont ils forment la partie constitutive principale; cette circonvolution (*cingulum*) est donc, pour une bonne part, construite de *fibres de projection*. Les fibres qui s'en vont en haut (*dorsalwœrts*) gagnent la face antérieure et postérieure de la première frontale, mais restent éparpillées; elles ne forment nulle part, sur l'embryon de neuf mois, de trousseau net, compact, individualisé, allant directement de la racine antérieure de la couche optique à l'écorce; quand il y en a un, il est composé essentiellement de trousseaux du corps calleux (figures).

Comment se comportent les dégénérescences secondaires, consécutives aux lésions du pôle frontal ou du centre d'association frontal? Un foyer n'eût-il que le volume d'une cerise, qui occupera le

pôle de la première frontale, détruira des fibres, non de l'écorce de ce pôle, mais de la partie moyenne de la circonvolution du corps calleux. Un foyer occupant l'écorce du bord postérieur de la première frontale, s'il empiète seulement de 2 millimètres sur la substance blanche, interrompra des fibres qui vont de la région frontale supérieure ou moyenne à la couche optique. Donc, toute dégénérescence secondaire, consécutive à des lésions frontales, dans la racine antérieure de la couche optique, indique que la région préfontale est en rapport avec la couche optique, *nec plura;* il n'y a que des lésions strictement circonscrites à l'écorce qui puissen permettre des conclusions certaines et précises. Déjà nous avons démontré que la *sphère tactile* du corps va jusqu'au tiers moyen du lobe frontal ou du moins jusqu'au territoire de la première frontale; la limite antérieure de cette sphère est difficile à établir, car le volume du lobe frontal varie suivant les individus (*Archives de Neurologie*, t. I et III, 2e série, p. 375 et 131.)

De Monakow avait déjà signalé que le pôle frontal contient peu de fibres du système de projection. Il en est de même pour tous les centres d'association. Mais il y a une remarquable différence entre les divers centres sensoriels. Sans doute il est loisible d'admettre que les centres d'association dans toute leur étendue s'unissent avec le noyau médian de la couche optique, par quelques fibres de projection isolées; mais il est difficile de préciser davantage les délimitations des sphères sensorio-corticales, tant que le rapport du noyau médian de la couche optique avec les conducteurs sensoriels ne sera pas fixé par le développement ultérieur phylogénique et ontogénique.

Voici quelques détails précis relatifs au *faisceau acoustique* ou *cochléaire* chez un enfant né à sept mois, et qui a vécu quarante-huit jours. Les trousseaux de la couronne rayonnante provenant du corps genouillé interne sortent, pour la plupart, à la face supérieure de cette masse grise, montent en haut et en arrière dans la couche optique, passent par la capsule interne, et le segment le plus reculé du putamen, et vont à la circonvolution transverse antérieure du lobe temporal, dans laquelle on reconnaît des fibres de la couronne rayonnante presque universellement pourvues de myéline, tandis que les autres circonvolutions temporales (en dehors de celle de l'hippocampe) manquent absolument de fibres myéliniques. Donc, la circonvolution transverse antérieure du lobe temporal contient les stations terminales des fibres conductrices cochléaires; le faisceau cortical acoustique direct de Held fusionne avec la couronne rayonnante du corps genouillé interne. Chez le même enfant, la pariétale ascendante contient beaucoup plus de trousseaux de projection myélinique que la frontale ascendante, ce qui prouve que la pariétale ascendante se pourvoit de myéline plus tôt que la frontale ascendante.

Sur deux fœtus de huit mois et de huit mois et demi, les fibres de la couronne rayonnante du corps genouillé interne sont déjà, à leur origine, pourvues de myéline, tandis que le bras postérieur des tubercules quadrijumeaux ne contient que très peu de myéline; donc le neurone supérieur des fibres auditives est pourvu de myéline avant que le neurone immédiatement inférieur ait terminé cette phase de développement. P. KERAVAL.

XCVI. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ATROPHIE UNILATÉRALE ISOLÉE (CONGÉNITALE ?) DES MUSCLES DE LA FACE; par M. BERNHARDT. (*Neurolog. Centralbl.* XVI, 1897.)

Il n'est pas démontré qu'il existe une paralysie faciale unilatérale isolée congénitale (atrophie faciale infantile). Voici une observation dans laquelle la paralysie faciale unilatérale datait des premiers jours de la vie : l'orbiculaire des paupières, du côté atteint, était indemne; l'orbiculaire des lèvres et le dépresseur de l'angle de la bouche réagissent un peu; l'excitation du tronc du facial ne fait contracter aucun des muscles tout à fait ou partiellement conservés; nulle anomalie des muscles intrinsèques ou extrinsèques de l'œil; pas de nystagmus. Comparant cette observation aux autres cas semblables, l'auteur reste dans le doute puisqu'il n'y a pas d'autopsie. Il faudrait constater l'atrophie congénitale du noyau du facial, ou la lésion primitive des muscles, chez un individu ainsi affecté, dans les premiers jours ou dans les premières semaines de la vie, pour établir le foyer primitif, cela serait indispensable. Au point de vue clinique, les paralysies faciales unilatérales qui, datant de la première enfance, sont indubitablement périphériques peuvent, à tous égards, présenter le même complexus symptomatique que les paralysies congénitales; on n'a certes pas encore constaté d'arrêts de développement unilatéraux isolés, exclusifs au territoire du facial. P. KERAVAL.

XCVII. TRACTUS DÉGÉNÉRÉS DANS LE TRONC DU CERVEAU PAR LÉSION DE LA MOELLE CERVICALE INFÉRIEURE; par F. DE SOELDER. (*Neurolog. Centralbl.* XVI, 1897.)

Fillette de treize ans, atteinte de fièvre avec symptômes spinaux et névritiques persistant jusqu'à la mort survenue au bout de six semaines. Foyer de ramollissement occupant l'espace compris entre la partie la plus inférieure du quatrieme segment cervical et le milieu du deuxième segment dorsal; l'aire transversale de cette altération varie à diverses hauteurs; mais il n'y a que les portions marginales de la moitié dorsale de la moelle qui soient tout à fait épargnées.

Dans la partie intermédiaire à la moelle et au bulbe, les cordons

de Goll sont dégénérés dans toute leur étendue ; on constate dans les cordons de Burdach, des deux côtés, une large raie contiguë au cordon de Goll, qui, à la périphérie postérieure, s'infléchit en dehors et occupe le bord. Mais, à droite, une zone indemne, étroite, occupe la limite intermédiaire au cordon de Goll et au cordon de Burdach et forme la lisière dorsale la plus externe du cordon de Burdach; au niveau du quart antérieur des cordons postérieurs, cette zone disparaît. Le faisceau du cordon latéro-cérébelleux est fortement dégénéré, si ce n'est un court segment de celui-ci contigu à la zone marginale de Lissauer. Dégénérescence assez marquée du faisceau de Gowers. Faisceau radiculaire des cordons antéro-latéraux faiblement dégénéré.

En montant vers le cerveau, on constate que les faisceaux de Goll s'irradient directement dans le cervelet (Hoche); qu'il existe un faisceau du cordon postérieur cérébelleux direct qui tient ses fibres et des cordons de Burdach et des cordons de Goll ; mais ces deux derniers ne fusionnent pas au-dessus du quatrième segment cervical.

Les cordons latéraux donnent naissance à quatre longs trousseaux délimitables ; deux coïncident avec les tractus cérébelleux spinaux ascendants; deux trousseaux, pauvres en fibres, passent par le tronc du cerveau entier, et peuvent être suivis jusqu'à la couche optique.

Le trajet du faisceau de Gowers est, d'après les fibres dégénérées qui lui appartiennent, bien celui que lui a finalement assigné Hoche. A la hauteur des olives accessoires dorsales (postérieures), dans la partie qui correspond à leur segment éloigné, les fibres dégénérées du cordon latéral, triangulaire, sur une coupe transverse, se décomposent en deux groupes : celui des fibres postérieures ou dorsales, formant les derniers trousseaux en masse qui aillent au tractus cérébrospinal dorsal ; celui des fibres antérieures ou ventrales, se rassemblant en un trousseau assez compact, cylindrique, qui, n'étant séparé de la surface que par une lisière de fibres arciformes externes, se dirige dans la profondeur du sillon latéral antérieur. Ce dernier trousseau, à la hauteur de l'entrée de l'acoustique, occupe la surface, mais est disséminé sur une aire large. En entrant dans la protubérance, le faisceau longitudinal, qui contient des fibres dégénérées, éclate parmi les trousseaux de fibres trapézoïdes, à l'intérieur même de cette aire, limitée, sur une coupe transverse par l'olive supérieure, le noyau du facial, les racines émergentes du facial et la formation protubérantielle. Conservant cette orientation latérale par rapport à l'olive supérieure, les fibres dégénérées montent vers le cerveau dans la même situation vis-à-vis du noyau latéral du ruban de Reil.

Le ruban de Reil latéral, dès qu'il est formé, se place en dedans du faisceau de Gowers, dont il ne sera plus nettement

séparé : quelques fibres dégénérées pénètrent parmi les fibres saines du ruban de Reil latéral et y demeurent.

Au moment où les pédoncules cérébelleux supérieurs arrivent dans la calotte, les fibres dégénérées s'écartent latéralement d'eux sur le bord externe et occupent, pour la plupart, le segment le plus postérieur du ruban de Reil latéral des auteurs ; cet appoint, mélangé de quelques trousseaux indemnes, se rend à la valvule de Vieussens. Une petite partie des fibres dégénérées demeurent disséminées dans le ruban de Reil latéral et se placent en avant de la partie la plus éloignée (à ce niveau) du tubercule quadrijumeau, à peu près à l'endroit où le ruban de Reil latéral se divise en deux trousseaux qui embrassent le noyau du tubercule quadrijumeau.

Nous renvoyons pour les autres détails au mémoire lui-même. L'anteur croit qu'une partie du ruban de Reil latéral sert de voie de communication directe entre les parties marginales du cordon latéral de la moelle cervicale et probablement la couche optique. Un autre trousseau thalamospinal partirait, près du bord externe des cornes antérieures, du faisceau radiculaire des cordons latéraux, gagnerait la substance réticulaire et, côtoyant le noyau des pyramides, l'olive accessoire, les olives supérieures, la région du tubercule quadrijumeau, arriverait à l'étage supérieur des pédoncules cérébraux où, situé en dedans du ruban de Reil principal, il se souderait plus loin, après s'être détaché en dehors, aux fibres précédemment décrites qui viennent du ruban de Reil latéral.

P. Keraval.

XCVIII. Un cas pour servir a l'étude du méningisme; par Ch. Yersin. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1896, n° 2.)

XCIX. La fatigue intellectuelle et son influence sur la sensibilité cutanée; par Th. Vannod. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1897, n° 1.)

Il résulte de ce travail que, comme Griefsbach l'avait déjà démontré, la fatigue intellectuelle occasionne un affaiblissement des perceptions des sensations tactiles. Parmi les branches de l'enseignement qui épuisent particulièrement les élèves, il faut citer les mathématiques et les langues anciennes. Les heures de leçons données l'après-midi fatiguent beaucoup plus que celles données le matin. Les après-midi de liberté produisent en général un retour à la normale des perceptions des sensations tactiles. Les travaux écrits servant d'examens partiels provoquent une fatigue intellectuelle intense; celle-ci à son tour détermine une hyperesthésie de la sensibilité à la douleur.

En résumé, la conséquence de la fatigue cérébrale est l'*hyperesthésie accompagnée d'hyperalgésie.* G. Deny.

C. Des nœvi dans leurs rapports avec les territoires nerveux. Essai de pathogénie et d'étiologie; par G. Etienne (*Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, n° 4, 1897.)

Depuis que l'attention a été attirée vers la distribution de certains nœvi suivant les territoires de branches nerveuses, l'auteur a eu l'occasion d'observer toute une série de cas, à systématisation plus ou moins évidente, mais toujours réductible à une topographie régulière. Il nous en donne les observations détaillées, accompagnées de photographies. Tous ces cas (nœvi pigmentaires simples, verruqueux et pileux, vasculaires veineux) peuvent se diviser en trois groupes, au point de vue de leur topographie générale : I. Plexus cervical superficiel. — II. Trijumeau.—III. Intercostaux. — En comparant ces cas personnels avec ceux qui ont été publiés antérieurement et chez lesquels la distribution des nœvi s'étendait entre les territoires nerveux suivant les lignes de Voigt, on doit reconnaître deux groupes de faits : 1° ceux dans lesquels le nœvus occupe le territoire d'un nerf ou son trajet; 2° ceux dans lesquels le nœvus occupe la zone intermédiaire entre deux territoires nerveux voisins. — Dans l'un comme dans l'autre cas l'anomalie congénitale doit être attribuée à un trouble dans le développement embryologique de la peau. — Quelle est la cause de ce trouble? *Névrite* intra-utérine par intoxication ou infection? Mais cette lésion ne saurait expliquer tous les cas, particulièrement les nœvi successifs ou symétriques, qui au contraire s'expliqueraient par l'hypothèse d'une *myélite* intra-utérine.

Les nœvi, reconnaissant pour origine une lésion nerveuse intra-utérine, peuvent donc être attribués à une lésion du neurone sensitif direct par altération, soit d'un ganglion rachidien ou prolongement périphérique d'où nœvi développés sur le territoire d'un nerf anatomiquement précisé, soit d'un prolongement central ou radiculaire postérieur, myélite expliquant les nœvi sériés, symétriques et obliques. R. Charon.

CI. Contribution a l'analyse critique des convulsions qui succèdent au rappel a la vie des pendus; par Xompe. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI. 1897.)

La statistique démontre qu'en Allemagne, entre tous les modes de suicide, c'est la pendaison qui est le plus fréquent, et que le rappel à la vie y est relativement bien plus rare que dans les autres modes de suicide. En voici une observation. Or, tous les cas publiés frappent par l'apparition de convulsions, avant que ces ressuscités aient repris connaissance, mais après que la respiration a été rétablie; ces convulsions, épileptoïdes, hystéroïdes, tétanoïdes et cloniques, durent, suivant les cas, une heure à douze heures.

Dans tous ces cas, il s'est produit plus ou moins, de l'asphyxie, une obturation des carotides, une constriction du pneumogastrique.

L'*asphyxie du pendu* a lieu par défaut d'oxygène dû à l'entrave qu'apporte la corde à l'écoulement du sang veineux, à son retour du crâne ; il en résulte la perte de connaissance qui survit à la respiration et à la reprise de l'activité cardiaque. Or, l'asphyxie par stase veineuse entraîne des convulsions par excitation du bulbe parce que les troubles de nutrition du cerveau produits par l'asphyxie ne sont point compensés aussitôt après le rappel à la vie.

L'*obstruction des carotides*, dans le cas où la suspension n'a été que temporaire, se traduit par de l'hyperémie cérébrale qui succède à l'anémie, dès que le pouls et la circulation ont été rétablis. Cette hyperémie entraîne des convulsions.

La *compression du pneumogastrique* enserré dans la même gaine que la carotide et la jugulaire interne, attestée alors par le ralentissement du cœur, a le même effet physiologique que la ligature des carotides. (Tamassia).

On voit qu'il n'est pas nécessaire de faire intervenir un autre facteur mental ou hystéro-traumatique.

Dans l'observation présente, c'est la fermeture des carotides qu'il faut incriminer, car on constate l'existence du phénomène de Cheynes-Stokes. P. Kéraval.

BIBLIOGRAPHIE.

XII. *Étude sur la lucidité et la démence ;* par le Dr J. Dumaz, directeur médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Bassens (Savoie). Imprimerie nouvelle de Chambéry, 165 pages.

Cette monographie importante, écrite avec beaucoup de clarté et de précision, pourra être consultée avec fruit non seulement par les aliénistes, mais par tous les médecins et par les magistrats.

Dans la première partie, M. Dumaz étudie la lucidité d'esprit dans l'aliénation mentale au point de vue médico-légal et dans la seconde la responsabilité pénale.

La lucidité qui permet de faire des actes civils valables et la responsabilité pénale ne sont pas toujours deux faits connexes, peuvent être indépendants l'un de l'autre. Etre lucide, c'est savoir

ce qu'on fait, savoir pourquoi on le fait. Les monomanes entraînés par des impulsions irrésistibles ne sont pas responsables de leurs délits, tandis qu'ils sont capables de disposer légalement de leur bien. La responsabilité pénale d'un acte entraîne généralement la lucidité d'esprit, mais cela n'a pas toujours lieu, elle peut coïncider avec la perte de la raison comme dans l'ivresse qui n'est pas une excuse légale.

La lucidité peut être nulle, partielle ou complète. Elle est nulle dans la démence, l'idiotie, l'imbécillité et le crétinisme. Elle est partielle ou relative dans la mélancolie avec conscience, l'hypochondrie, le délire des persécutions, l'érotomanie, le mysticisme, la folie du doute, l'autoculpabilité, la mégalomanie, la perversion de l'instinct sexuel.

Elle est complète dans les hallucinations sans délire, et les impulsions irrésistibles. Elle peut l'être également dans l'intervalle des accès de l'excitation maniaque, de la manie incohérente, de la lypémanie, de la folie circulaire, puerpérale, alcoolique, épileptique, hystérique, névrophatique, choréique, pendant les rémissions de la première période de la paralysie générale.

Pour guider les médecins étrangers à l'étude de l'aliénation mentale dans leurs rapports médico-légaux, M. Dumaz donne une description succinte des formes que celle-ci présente.

Lorsque la lucidité n'est que partielle, la validité des actes peut cependant être admise conformément à l'article 504 du Code civil, quand ces actes sont raisonnables, ne sont pas inspirés par des idées délirantes.

Le médecin expert, appelé à se prononcer sur ces actes, doit s'entourer de tous les renseignements possibles et ne pas craindre de faire connaître exactement son opinion, quelle qu'elle soit.

Les médecins des asiles d'aliénés sont souvent consultés sur la lucidité de leurs malades. Les notaires leur demandent, par exemple, s'ils sont capables de signer une procuration pour la gestion de leurs biens. Comme cette procuration est moins onéreuse, porte moins de préjudice aux intérêts des aliénés qu'une interdiction, j'avais toujours l'habitude dans les cas de lucidité partielle d'émettre verbalement un avis favorable. Les notaires se contentaient de ce simple avis et agissaient sous leur propre rerponsabilité après un examen sommaire des malades.

Les familles abusent souvent de l'interdiction, réduisent le plus possible les dépenses de leurs parents interdits, ne pensent qu'à bénéficier de leurs revenus.

Tous les projets concernant la réforme de la législation des aliénés ont songé à prévenir ces abus, mais cette réforme verra-t-elle jamais le jour?

M. Dumaz étudie avec beaucoup de détails l'irresponsabilité pé-

nale, rapporte un certain nombre de rapports médicaux dont il a été chargé par le tribunal de Chambéry et publie une observation très longue et très intéressante de deux jeunes filles atteintes de la folie des persécutions à deux. Elles présentaient toutes les deux absolument les mêmes conditions délirantes. Elles avaient perdu leur fortune et accusaient le notaire qui avait été chargé de leurs affaires d'en avoir volé une partie. Elles prétendaient que le président du tribunal qui avait rejeté l'accusation qu'elles avaient dirigée contre le notaire, avait commis une grande injustice à leur égard; elles adressèrent ensuite le même reproche au procureur général, au ministère de la justice, qui ne les avaient pas soutenues contre le président du tribunal. Elles ne cessaient de poursuivre de leurs diffamations injurieuses, de leurs menaces les personnes qu'elles considéraient comme leurs persécuteurs. Elles étaient très intelligentes, soutenaient avec beaucoup de vigueur, avec une logique très serrée leurs accusations.

M. Boudric, alors directeur médecin de l'asile de Bassens où elles avaient été placées en observation les déclara atteintes de la folie de persécution à deux; mais son opinion fut combattue par deux autres médecins qui déclarèrent qu'elles ne présentaient qu'une simple exaltation personnelle non suffisante pour faire disparaître la responsabilité de leurs actes. Elles furent mises en liberté.

A la suite de nouveaux rapports de MM. Lacassagorde, Dufour, Dumaz qui donnaient raison à M. Boudric, elles furent replacées de nouveau et maintenues à l'asile de Bassens.

M. Dumaz n'admet pas la responsabilité partielle des aliénés, parce qu'il est impossible de graduer cette responsabilité et que, lors même que le délire n'est pas général, la volonté reste impuissante pour empêcher la perpétration d'actes coupables. Un autre argument qu'on pouvait invoquer en faveur de son opinion est que la déclaration de responsabilité partielle de la part des médecins experts entraîne presque toujours l'acquittement complet des inculpés qui sont mis immédiatement en liberté tandis qu'ils devraient être placés dans une asile d'aliénés comme étant souvent plus dangereux que les individus ayant perdu complètement la possession de leur libre arbitre.

M. Dumaz demande, pour éviter les condamnations si fréquentes des aliénés criminels dont les troubles psychiques passent inaperçus, que chaque inculpé ait sa fiche mentale de même qu'il a sa fiche anthropométrique. Cette fiche serait établie par le médecin de la prison d'une manière très succincte aussitôt après l'entrée de l'inculpé à la maison d'arrêt et quand elle porterait des présomptions en faveur de l'aliénation mentale, le juge d'instruction devrait charger un médecin aliéniste de faire un rapport sur lui.

Cette fiche mentale, à laquelle nous avions pensé nous-même autrefois, serait une très heureuse innovation qui ne grèverait pas beaucoup le budget du ministère de l'intérieur. Il se plaint de la sortie prématurée des asiles qui est ordonnée parfois par le tribunal pour certains aliénés criminels contrairement à l'avis des aliénistes sur des rapports de médecins ordinaires, incompétents en aliénation mentale, sortie qui peut constituer un grave danger pour la sécurité publique. Il ne m'est pas arrivé de voir accorder dans les asiles que j'ai dirigés de sorties semblables; mais les procureurs de la République, sans aller jusqu'à les réclamer auprès des tribunaux, ont fait plusieurs fois auprès de moi des instances pour que je les accorde. Le seul moyen de les empêcher consisterait à construire pour les aliénés criminels des asiles spéciaux, dont ils ne sortiraient qu'après la constatation de leur guérison par une commission composée de magistrats et de médecins aliénistes.

La construction de ces asiles, que j'ai réclamée depuis longtemps avec d'autres médecins, aurait en outre pour avantage de débarrasser de ces aliénés les établissements où on les place actuellement, pour lesquels ils sont une cause permanente de désordres sous tous les rapports et d'améliorer leur position. Le ministre de l'intérieur nous recommandait, à l'asile d'Evreux qui reçoit ceux de Gaillon ayant fini leur peine et dont le domicile de secours n'est pas encore reconnu, d'exercer à leur égard les mesures les plus rigoureuses de surveillance pour empêcher leur évasion et si, par hasard, il s'en produisait une parce que nous nous étions un peu relâché de ces mesures, nous recevions un blâme sévère.

Il en résultait que nous étions forcés de les tenir toujours renfermés dans les divisions des agités et de la surveillance continue. de les priver de travail et de toute liberté, ce qui aggravait leur état mental. Dans des asiles spécialement organisés pour eux on pourrait prendre les mesures nécessaires pour empêcher leur évasion tout en les occupant dans les ateliers, et en leur accordant une certaine liberté, ce qui n'est pas possible dans les asiles qui, comme celui d'Evreux, n'ont pas de mur de clôture.

Dr Daniel Brunet.

XIII. *L'intervention chirurgicale dans les épilepsies;* par C. Winkler (Ier congrès international de psychiatrie et de neurologie, Bruxelles, septembre 1897).

Malgré les nombreuses déceptions auxquelles les interventions opératoires dans les affections cérébrales, et notamment dans l'épilepsie, ont donné lieu, la chirurgie cérébrale est restée à l'ordre du jour. Le champ est trop vaste et trop beau pour que l'espoir d'une médication directe sur un organe, tel que le cerveau, dont le fonctionnement merveilleux a si vivement attiré les recherches

des médecins et des physiologistes qui sont arrivés à en différencier les fonctions délicates, à dissocier et à localiser l'assemblage des centres multiples qui le composent, n'ait tenté les chirurgiens. Si les résultats de l'ouverture du crâne des épileptiques ont été souvent peu encourageants, cela tient peut-être à ce que l'on s'est pressé dans cette nouvelle voie ouverte par la connaissance des localisations cérébrales, et que les progrès de l'antisepsie protégeaient, avant de poser des bases alors rigoureusement exactes, les indications opératoires, et que l'on a opéré à tort et à travers des épileptiques nullement justiciables de l'opération, qui reste, dans certains cas bien définis, légitime et nécessaire. Et les auteurs semblent revenir à une plus juste appréciation des choses en ce qui concerne la chirurgie cérébrale, qui, comme le Dr Winkler, cherchent avant tout à préciser l'indication des interventions dans l'épilepsie, et se font une opinion plus sévèrement exacte quant à la possibilité d'une amélioration par les procédés opératoires.

Pour cet auteur, toute épilepsie est symptomatique. Aucun neurologiste n'aurait le courage de tracer la ligne de démarcation entre l'épilepsie partielle et l'épilepsie essentielle. Dans certains cas l'épilepsie généralisée peut très bien se prêter à une intervention chirurgicale, tandis qu'une épilepsie partielle ne s'y prête absolument pas. La distinction en épilepsie dite idiopathique et épilepsie partielle paraissait créée tout exprès pour les chirurgiens et semblait, étant donné qu'on tend de plus à ne considérer l'épilepsie que comme un syndrome, dont les conditions anatomiques bien souvent nous échappent, ne devoir être conservée que par eux. M. Winkler la repousse, précisément au point de vue des interventions chirurgicales, et cette conception de l'épilepsie élargit singulièrement le champ de ses investigations. Il s'agit des « épilepsies », dont l'origine est si diverse. V. Feré. *Les Epilepsies et les Epileptiques*. Paris 1890.

Nous verrons que les convulsions partielles indiquent seulement que l'écorce motrice se décharge, mais rien de plus. Le fait cependant de l'existence d'un point de départ bien circonscrit, souvent cortical, des convulsions a une signification thérapeutique considérable, depuis les connaissances actuelles sur les localisations et sur la topographie cérébrale. L'idée de la décharge paroxystique est applicable aux fonctions sensibles et sensorielles, aussi bien qu'aux fonctions motrices. Hughlings-Jackson. *Lectures on the diagnosis of Epilepsy* (*Bramed. Journ.* 1879). L'aura épileptique le démontre bien. Une odeur horrible, c'est-à-dire une odeur olfactive, précédait l'accès convulsif; on trouva une tumeur du lobe temporo-sphénoïdal. Hughlings-Jackson and Beevor. (*Brain* XII). James-Anderson. *On sensory Epilepsy*. (*Brain* 1886). Une lumière vive, décharge visuelle, précédait l'accès épileptique : on trouva une lésion du pli courbe. Hughes Bennett and Peace Gould. *Brit. med. Journ.* Jan.

I. 1887. vol. I. Van Eidk, 1897.) Une aura intellectuelle, vive réminiscence d'un état mental passé, la décharge des souvenirs, si l'on veut, fut causée par une lésion des lobes frontaux. Hughlings-Jackson. *Intellectual Aura.* (*Brain* XI. 1889, p. 185). L'étude clinique de l'épilepsie, ou mieux, des épilepsies, fut reprise alors d'une toute autre manière qu'auparavant. Tandis que depuis des siècles on cherchait à analyser l'accès proprement dit, complet, on comprit l'importance de cette aura, attaque légère, décharge faible, trop faible pour voiler ou abolir la conscience, insignifiante pour le malade, et qui devint un point de repère, qui acquit bientôt une valeur diagnostique beaucoup plus grande que l'accès lui-même, et dirigea les études du médecin, car l'accumulation des décharges multiples, avec états secondaires et perte de conscience, restera peut-être toujours inaccessible à nos efforts analytiques. L'accès est pour ainsi dire l'acmé, que les décharges légères tendent à atteindre. Cette attaque faible eût été de plus haute valeur thérapeutique, puisqu'elle pouvait indiquer, dans certains cas, le point de départ de la décharge paroxystique.

Mais la question n'est pas toute entière au point de vue thérapeutique comme, du reste, au point de vue de la pathogénie, dans la détermination du point de départ des décharges existantes, et c'est là une partie difficile et importante de la tâche du clinicien. En face de l'hypothèse des décharges différentes et multiples, la thérapeutique allait avoir une tâche bien plus difficile à remplir qu'autrefois. Elle devait tenir compte : d'abord de la constitution du système nerveux, assez infirme pour permettre une décharge quelconque; en second lieu, du stimulant provocateur de la décharge, qui peut être agent toxique, mécanique, ou autre; en troisième lieu seulement, du point de départ réel des décharges. Ce serait une faute grave en effet que d'identifier dans tous les cas le centre qui se décharge avec le foyer épileptogène (lésion déchargeante) qui cause la décharge. On a attribué une valeur diagnostique trop grande aux convulsions partielles, qui indiqueraient, outre la décharge des centres irrités, la maladie de ces centres. C'est ainsi qu'il existe des épilepsies partielles, quoique toxiques, et cependant on ne songera jamais à la trépanation dans l'épilepsie partielle urémique, diabétique, saturnine, alcoolique. V. Chantemesse et Tenesson. *Hémiplégie et Epilepsie partielle urémique.* (*Rev. de Med.* 1885). On objectera peut-être que l'hémiplégie dans ces cas, l'épilepsie est due à l'œdème partiel, ou à des lésions circonscrites, nées de l'intoxication, et non à l'intoxication elle-même. Ceci ne prouve pas moins l'inopérabilité de ces cas.

Tout un autre groupe d'épilepsies partielles prouve encore que la décharge d'un centre ne comporte pas nécessairement la lésion de celui-ci. Ce sont les épilepsies réflexes, preuves évidentes que la zone épileptogène peut être trouvée presque partout sur le corps,

même lorsque les décharges partielles se rapprochent de très près des convulsions corticales. On connaît des épilepsies réflexes partielles, à type brachial, d'origine oculaire, auriculaire. Boucheron. *Epilepsie d'origine auriculaire.* (*Ac. des sciences.* Juillet 1885 et nov. 1887). Monfflier. *Union med. du N.-E.*), ou tenant à des lésions des cavités nasales. Kjelman. *Berl. Klin Wochenschrift*, 1894, p. 316. Marchall Hall (*The Lancet*, 1849, vol. I, n° 3, and n° 11). Elles siègent surtout dans le domaine du trijumeau. D'autres relèvent d'un traumatisme des extrémités et guérissent après excision d'un neurone ou d'une cicatrice du membre blessé. Ces épilepsies sont rares. La statistique militaire allemande donne le chiffre de 0.076 p. 100 pour l'ensemble des plaies suivies d'épilepsie. La monoplégie ou l'hémiplégie peuvent même accompagner ces accès d'épilepsie réflexes et il peut être difficile de dire si l'épilepsie est d'origine réflexe ou corticale, d'autant plus que le traumatisme périphérique peut être seulement la cause déterminante par laquelle une lésion préexistante du cerveau devient une lésion déchargeante. Ce qui peut caractériser l'épilepsie réflexe, c'est l'existence de spasmes unilatéraux du même côté que le traumatisme.

Peut-être le caractère tonique des convulsions prédominant dans les spasmes, peut-il aussi caractériser l'épilepsie réflexe, et rendre suspecte l'origine exclusivement corticale de l'accès. Cette prépondérance des spasmes toniques s'expliquerait par la participation des centres sous-corticaux, qui se déchargeraient à côté des centres corticaux.

Les centres sous-corticaux peuvent également déterminer des spasmes unilatéraux et partiels.

En définitive, nous arrivons à conclure que ces spasmes partiels ont une valeur à peu près nulle quant à la détermination du siège de la lésion déchargeante, du foyer épileptogène. Toute lésion du cerveau, dans n'importe quelle partie, peut provoquer un accès épileptique, avec convulsions localisées pourvu que la prédisposition épileptique existe. L'indication d'une intervention chirurgicale ne sera donc jamais fournie par l'existence d'une épilepsie dite jaksonnienne ou idiopathique ! Il faut chercher la lésion qui produit les décharges ! Il n'y a pas de chirurgie des épilepsies. Mais il y a celle du cerveau et du crâne.

La prétention de cette chirurgie cérébrale est de pouvoir reconnaître quelques épilepsies justiciables de l'intervention. Elle admet qu'une épilepsie peut être symptomatique d'une lésion quelconque du cerveau, tandis que, la prédisposition épileptogène faisant défaut, la même lésion ne fournit pas ce symptôme. Elle admet en outre qu'une lésion unilatérale quelconque peut provoquer des spasmes unilatéraux, et qu'il est cependant possible de déterminer, parmi le grand mélange des spasmes toniques et cloniques, ceux

qui partent de la zone motrice ou des parties avoisinantes, et doivent servir de point de repère. Elle doit alors reconnaître si la lésion est assez superficielle, accessible, circonscrite, et de nature à permettre l'ablation.

C'est ainsi que l'intervention est toujours indiquée dans les cas de spasmes subintrants partant toujours du même groupe musculaire, avec une phase tonique de courte durée, s'étendant aux autres groupes dans l'ordre que la position des centres moteurs de l'écorce leur indique, sans une faute dans l'ordre de leur succession. Cet « état de mal unilatéral » ne se produit que sous l'influence d'une lésion siégeant directement sur la zone motrice. D'où l'indication absolue de l'intervention.

L'intervention est indiquée dans les cas d'hémorrhagie subdurale traumatique, et réussit à peu près toujours. Mais s'il s'agit de pachyméningite hémorrhagique au cours de la paralysie générale, de l'alcoolisme, ou de la syphilis, le résultat est moins satisfaisant; et M. Winkler cite quatre paralytiques généraux chez lesquels on pratiqua l'ouverture du crâne dans ces conditions, et qui succombèrent peu après. « La différence existant entre les hémorrhagies subdurales traumatiques et celles relevant d'une autre cause, saute aux yeux ». Viennent ensuite toutes les tumeurs corticales situées dans la zone motrice, les cicatrices fendant l'écorce motrice. Là encore, on constate une grande différence suivant que la lésion relève d'un traumatisme ou d'une autre cause. Les cas d'épilepsie à antécédents traumatiques fournissent les plus beaux résultats. L'épilepsie survient un temps variable après le traumatisme, quelques semaines ou des années après; il éclate à l'occasion d'un accident quelconque, d'une émotion, par exemple. Il faut bien admettre qu'il s'est créé une certaine prédisposition épileptogène, ou, s'il elle existait, qu'elle a augmenté pendant ce temps. Mais l'existence d'une cicatrice extérieure, bien qu'elle ait une valeur diagnostique extrême, quant à la nature de l'épilepsie, n'indique nullement le siège de la lésion et la concordance topographique absolue de la cicatrice avec la lésion cérébrale est un cas rare. Nombreux sont les cas où, après incision de la dure-mère au niveau de la cicatrice superficielle, on ne trouva pas de lésion, ce qui arrive lorsque les convulsions partielles seules guident le chirurgien. Seuls les symptômes initiaux de l'accès, non pas seulement la première convulsion, mais toute sensation précédant le spasme, l'aura elle-même, dépendent uniquement de la lésion cérébrale.

Il s'agit donc de déterminer exactement le siège de la lésion interne, car le succès dépend de la possibilité d'éliminer cette lésion, et la guérison exige l'ablation totale de la lésion déchargeante. Nous savons que l'idée de la décharge est applicable aux fonctions sensibles et sensorielles.

L'aura sensorielle ou sensitive doit être recherchée exactement, et, lorsqu'elle existe, attirer seule l'attention. La première secousse musculaire n'indiquerait nullement le siège de la lésion. Lorsque la lésion est située à la partie postérieure de la zone motrice, l'aura sensitive précède les convulsions unilatérales et partielles. Lorsqu'une aura intellectuelle précède les spasmes unilatéraux, c'est dans le lobe frontal qu'on doit chercher la lésion déchargeante; l'aura visuelle, avec ou sans hémianopsie incomplète, indique une lésion du pli courbe. L'aura olfactive indique une lésion du lobe temporo-sphénoïdal.

Si donc l'aura, qui précède les convulsions, peut et doit servir de point de repère, elle prend une importance considérable pour les opérateurs. Dans les épilepsies sans antécédents traumatiques et sans cicatrice visible, l'accès constitue le seul indice de localisation.

On a essayé d'exciser la lésion déchargeante diagnostiquée par l'existence de symptômes initiaux précis, sans que l'écorce paraisse altérée à l'œil nu. Ces opérations n'ont pas eu le succès auquel on aurait pu s'attendre, bien que l'excitation faradique ait démontré qu'on se trouvait bien en présence du centre cherché. Mais le centre excisé était-il vraiment le foyer épileptogène? Pour en être sûr, il aurait fallu reproduire, avec le courant faradique, l'attaque convulsive toute entière, avec l'aura paroxystique. Chez un épileptique âgé de vingt ans, ayant des accès depuis trois ans, l'accès débutait par une aura sensitive partant des doigts de la main gauche. On pratiqua à deux reprises différentes l'extirpation dn centre des mouvements de la main gauche, après vérification du centre par l'excitation faradique. Le résultat était peu satisfaisaient. Une troisième intervention est décidée et, en explorant la zone motrice, M. Winkler trouve au niveau du lobule pariétal inférieur un point où le courant le plus faible fait naître une attaque convulsive unilatérale gauche, partant du petit doigt, identique aux convulsions spontanées. Ce point de l'écorce cérébrale est excisé au thermocautère. Le résultat fut très satisfaisant.

Si donc l'intervention chirurgicale dans certains cas bien définis d'épilepsie partielle à localisation corticale n'a pas donné les résultats qu'on était en droit d'en attendre, cela tient probablement à ce que, bien qu'on ait enlevé le centre des mouvements initiaux de l'accès, le centre excisé n'était pas le véritable point de départ de la décharge. C'est de la détermination de ce premier foyer, qui peut être situé en dehors de la zone motrice, que dépend le résultat de l'opération.

Ainsi comprise, la chirurgie cérébrale, liée intimement à la physiologie du cerveau, jouera un rôle très grand dans l'avenir, lorsque la physiologie de l'écorce cérébrale sera plus connue.

DARDEL.

XIV. *Contribution à l'étude clinique de la méningite spinale syphilitique;* par le Dr C. Pelletier. (Thèse de Lyon, 1897.)

Il existe une méningite spinale syphilitique, évoluant isolément en dehors de toute affection médullaire. Beaucoup d'auteurs affirment même que toute syphilis médullaire débute par une méningite spinale, la méningo-myélite de Lamy n'étaient que la seconde phase du processus.

Dans certains cas, la méningite spinale syphilitique peut rentrer dans la catégorie des accidents dits précoces. En effet, elle peut quelquefois faire sa première apparition dans la première année, dans les premiers mois mêmes qui suivent l'ulcère infectant. D'ailleurs, alors même qu'elle est tardive, elle n'en ouvre pas moins la scène des accidents médullaires.

Cliniquement, c'est une affection apyrétique qui présente une évolution spéciale. La propagation se fait suivant la gaine méningée des nerfs rachidiens et suivant le squelette conjonctif d'origine pie-mérienne qui pénètre dans les sillons médians antérieur et posrieur de la moelle.

D'un diagnostic difficile, quoique le plus souvent pénible, ayant son siège d'élection dans la région cervicale, elle se rapproche beaucoup de la pachyméningite cervicale hypertropique de Charcot et Joffroy. Elle est souvent confondue avec les affections rhumatismales ou simule une névrose: d'où le nombre assez restreint d'observations qu'on a donné jusqu'à ce jour.

Si l'intervention est rapide et énergique, la guérison peut survenir : mais si la méningite spinale est méconnue, elle devient une myélite banale, contre laquelle les traitements divers échouent, puisque dans les myélites précoces, les plus curables, la statistique de Gilbert et Lion donne encore un tiers de cas rapidement mortels.

Le traitement sera instinctif et mixte. On administrera l'iodure de potassium, et des frictions mercurielles seront pratiquées indépendamment des révulsifs locaux, pointes de feu, emplâtre de Vigo, qui ne doivent pas être négligés. Dr F. Devay.

XV. *Considérations critiques sur l'étiologie de la paralysie générale et de la syphilis comme facteur essentiel;* par le Dr J. Clerc, élève de l'école du service de santé militaire. Lyon, décembre.

Ce travail se termine par des conclusions suivantes : l'étiologie d'une maladie doit expliquer toutes les formes de cette affection : l'hérédité pure, le surmenage, l'alcoolisme pur, les tendances congestives peuvent rendre compte de faits particuliers, ainsi que certaines affctions, comme le saturnisme et la fièvre typhoïde, dans l'étude de la paralysie générale; mais ils ne peuvent expliquer

les paralysies générales juvéniles, les paralysies générales conjugales ni les paralysies générales produites par un véritable contage. La syphilis à elle seule, héréditaire ou acquise, peut être la cause de toutes les modalités de la paralysie générale; elle peut parfaitement produire les lésions de la paralysie générale qui, souvent, peut être appelée *syphilis cérébrale diffuse.*

La thérapeutique iodurée et mercurielle est puissante dans la paralysie générale au début, et confirme encore l'étiologie syphilitique de cette affection. Dr F. Devay.

XVI. *Thèses de la Faculté de médecine de Paris, relatives aux maladies mentales et nerveuses durant l'année scolaire* 1896-1897.

Aba (Isaac). Étude clinique des troubles de la sensibilité générale des sens musculaire et stéréognostique dans les hémiplégies de cause cérébrale. — Antheaume (André). Contribution à l'étude de la toxicité des alcools et de la prophylaxie de l'alcoolisme. — Archambaud (Raymond). Tétanos pendant la grossessse. — Argetoyano (Const.-Jean). Contribution à l'étude des névrites dans l'intoxication sulfo-carbonée.

Arié (Joachim). Étude sur la compression des cordons nerveux des membres par du tissu fibreux cicatriciel. — Astié (Charles-Frédéric). Le thorax en bateau de la syringomyélie. — Athias (Marck). Recherches sur l'histogénèse de l'écorce du cervelet. — Augé (Frédéric). De l'observation des réflexes pupillaire et cornéen pendant la chloroformisation.

Baderot (Albert). De l'influence du milieu sur le développement du délire religieux en Bretagne. — Batailler (Auguste). Les persécutés auto-accusateurs. — Béchet (Gaston). Conditions biologiques des familles des paralytiques généraux. — Bibard (Camille). Contribution à l'étude des troubles de l'odorat. — Blottière (Léon). Étude sur les traitements du goître exophtalmique. — Bodin (Léonce). Essai sur les paralysies ascendantes aiguës. Etude clinique et anatomique. — Bourdicaud-Dumay (Hippolyte-Pierre). Recherches cliniques sur les troubles de la sensibilité générale du sens musculaire et du sens stéréognostique dans les hémiplégies de cause cérébrale.

Cabrol (Émile). Sur un cas de tabes avec arthropathies multiples et hémiplégie organique. — Cache (Eugène). Tabes. Syndrome. Crises gastriques. Etude clinique. — Campos (Moïse). Recherches expérimentales et cliniques sur les nerfs sécréteurs des larmes. — Carrez (Henri). De l'influence des boissons et du milieu sur la production de l'obésité. — Carrière (Aubin-Maxime). Contribution à l'étude des causes de l'incapacité maternelle. — Cherechewski (Jacques). Le sens musculaire et le sens des attitudes. — Clavey (Eugène). Recherches cliniques sur les groupes musculaires

paralysés dans l'hémiplégie d'origine cérébrale. — Clément (Emmanuel-François). Zona et pneumonie. — Conta (Mlle Olga). Contribution à l'étude du sommeil hystérique. — Conturie (Jules). Sur l'hystérie chez les jeunes enfants.

Deglaire (Léon). Contribution à l'étude des troubles nerveux en rapport avec la présence de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal, chez l'enfant en particulier. — Delaunay (Gabriel). Étude et considérations générales sur le rôle fonctionnel de la glande thyroïde. — Dheur (Pierre). De l'état de la sensibilité chez quelques mélancoliques. — Djélalian (Krikor). Contribution à l'étude de l'arthropathie tabétique. — Dreyer-Dufer (Raphaël). La mensuration du strabisme. — Ehrmann (Gaston). Contribution à l'étude de la suture des nerfs à distance. — Enouf (Paul). Contribution à l'étude des paralysies pneumoniques chez l'enfant. — Ernoul (Édouard). Du mutisme hystérique.

Fanton d'Anton (Jean-François-Louis). Étude sur l'emploi en Amérique du veratrum viride dans le traitement de l'éclampsie puerpérale. — Ferester (Moïse-Herseu). Sur la responsabilité dans les crimes. — Fourmeaux (Léon-François-Marie-Joseph). Des injections sous-cutanées massives de solutions salines. — Fournier (Jean-Baptiste-Camille). Acromégalie et troubles cardio-vasculaires. — Frère (Emile). Contribution à l'étude des troubles nerveux par cals exubérants au membre supérieur. — Friteau (Édouard). Les branches extra-pétreuses et terminales du nerf facial.

Gaboriau (Auguste-Clément-Marie). Du surmenage intellectuel et de son traitement préventif par l'emploi simultané du phosphure de zinc et de l'arséniate de strychnine. — Chazarossian (Bedros). — Du béribéri à forme paralytique. — Gibert (Joseph). Sur l'anesthésie par l'éther. — Gourçon (Victor-Adolphe). Vertige des artérioscléreux. — Grognot (Eugène). Contribution à l'étude des troubles nerveux précoces du mal de Pott.

Hagopoff (Krikor). Contribution à l'étude de la pathogénie de l'éclampsie puerpérale. — Haidar (Hussein). Le rôle de la croissance dans les maladies. — Hazemann (Robert). Les homicides chez les absinthiques. — Imbert (Henry). L'alcoolisme chronique dans ses rapports avec les professions. — Ingelrans (Léon). Étude clinique des formes anormales du tabes dorsalis. — Iovanovich (Démétrius). Contribution à l'étude de l'angine de poitrine tabagique.

Kachpérov (Mlle Sophie). Contribution à l'étude de la neurasthénie. — Kornhold (Adolphe). La maladie de Thomsen. — Kuss (Charles). Une nouvelle théorie de l'asthme.

Lago (Jean-Nelson). Sur la sciatique double. — Lamandé (Ernest-René). Étude sur les convulsions épileptiformes produites par les injections d'air ou de liquide dans la cavité pleurale. — Lantzenberg (Edgar-Isaac). Contribution à l'étude de l'aphasie motrice. — Legay (Joseph-Ferdinand-Marie). Contribution à l'étude

de l'étiologie de la chorée. — Le Meignen (Henri). Du syndrome de Little. — Levis (Georges). Des troubles de la menstruation dans les maladies du système nerveux. — Lévy (Edmond). Des accidents nerveux au cours des arthropathies blennorrhagiques. — Lourier (André). Étude sur l'œdème névropathique éléphantiasique. — Majewska (Mlle Gabrielle de). Contribution à l'étude de la névrite ascendante. — Malot (Louis). Des injections sous-cutanées de gaïacol chloroformé comme analgésique local. — Manheimer (Marcel). Du gâtisme au cours des états psychopathiques. — Marcotte (Charles-Adrien). De l'hémicraniectomie temporaire. — Margnat (Édouard). Contribution à l'étude du traitement du tétanos traumatique. — Margouliès (Emmanuel). Névrites dites apoplectiques.

Marinesco (Georges). Main succulente et atrophie musculaire dans la syringomyélie. — Marion (Abel). De la paralysie vésicale dans le paludisme aigu. — Marlier (Albert). La folie post-opératoire. — Marson (Camille-Auguste). Contribution à l'étude des hallucinations verbales phsyco-motrices. — Martinet (Henri). La paralysie ascendante aiguë (syndrome de Landry). Etude historique et critique. (Travail de la clinique des maladies du système nerveux). — Marty (Albert). Du traitement de la sciatique rebelle par le hersage. — Mayzèle (Lucien). Rôle du réflexe dans l'étiologie d'un syndrome de Basedow-Graves. — Meunier (Henri-Valéry). Du rôle du système nerveux dans l'infection de l'appareil broncho-pulmonaire. — Michel (Auguste). Est-il utile de provoquer l'accouchement chez une femme ayant des accès d'éclampsie? — Michel (Joseph-Paul). Etudes sur les complications de la coqueluche (paralysie dans la coqueluche). — Moussu (Auguste-Léopold). Recherches sur les fonctions thyroïdienne et parathyroïdienne.

Nathanson (Josué-G.). Etude critique de la trépanation dans la paralysie générale. — Niconoff (Serge). Contribution à l'étude de la maladie de Thomsen. — O'Followel (Ludovic). L'anesthésie locale par le gaïacol, le carbonate de gaïcol et le gaïacyl. — Oguse (Joseph). Etude clinique du cœur dans la chorée. — Oriot (Emile). Contribution à l'étude de la neurofibromatose. — Ott (Charles). Etude sur les deux formes de hernie congénitale du cerveau. L'encéphalocèle et l'encéphalome.

Patry (Georges). De la chorée variable ou polyforme. — Pescheux (Henri-Maxime). Des points hystérogènes frénateurs. — Philippe (Claudien). Contribution à l'étude anatomique et clinique du tabes dorsalis. — Philippoff (Mme Zénaïde, née Soudakoff). De la valeur des transplantations musculotendineuses dans le traitement du pied bot paralytique. — Picard (Henri). Dyspnée toxique d'origine alimentaire. — Pigeaud (Pierre-Eugène). La suggestion en pédagogie. Dangers et avantages. — Pochon (Gaston). Méningisme et méningites. — Pokhryschkine (Mlle Tatiane). Des variations de forme du cœur dans les névroses. —

Pompillian (Mlle Mariette). La contraction musculaire et les transformations de l'énergie. — Poulet (Théophile). Ophtalmoplégie sensitivo-motrice totale avec atrophie optique par syphilis acquise. — Prodhon (Eugène-Pierre-Joseph). Des troubles intellectuels dans l'intoxication par le sulfure de carbone.

Riche (Paul). Le goitre exophtalmique. — Rouher (Louis). Du zona prémonitoire de la tuberculose. — Rouquette (Pierre). Sur le diagnostic et l'anatomie pathologique de la lithiase rénale chez les épileptiques. — Roux (Charles). Etude sur quelques formes rares de contractures hystériques.

Schwanhard (Armand). Contribution à l'étude de la forme pseudo-tabétique de la myélite syphilitique. — Sellerier (Edouard). Considérations sur la pathogénie de la maladie de Basedow. — Sergent (Ernest). De l'hydrocéphalie intra-utérine dans les rapports avec la grossesse et l'accouchement — Souberbielle (Maurice). Aperçu sur l'hérédité morbide directe et indirecte ou de terrain. — Surrel (Louis). Des antécédents qui peuvent compliquer l'intervention chirurgicale dans le goitre exophtalmique.

Thomas (André). Le cervelet. Etude anatomique, clinique et physiologique. — Thouvenet (Prosper). Considérations sur les récidives éloignées dans l'épilepsie jacksonnienne traitée par la trépanation. — Warde (Edouard). L'œdème hystérique. — Yardin (Alfred-Paul-Ferdinand). De l'homologie des os du crâne.

XVII. *Nouvelle étude des accidents pseudo-méningitiques de nature hystérique;* par le Dr M. Craponne, ancien externe des hôpitaux de Lyon. (Thèse de Lyon, janvier 1898.)

L'auteur a réuni les observations les plus nettes de pseudo-méningite de nature hystérique parues jusqu'à ce jour, et en a ajouté quatre inédites. De cette étude il résulte que l'on peut conférer à cette affection une certaine individualité clinique. La symptomatologie est peu variée. On constate les principaux signes de vraie méningite ; seuls manquent ceux qui sont dus à une lésion limitée (troubles du pouls, de la respiration, paralysies oculaires).

Le diagnostic, incertain au début, se fera surtout par l'évolution des accidents; on tiendra compte de l'apyrexie, puis de la présence de stigmates hystériques et en particulier de zones hyperestésiques du cuir chevelu. La pseudo-méningite, dont la guérison est la règle, doit être rangée parmi les états de mal ou paroxysmes hystériques. Comme traitement, la suggestion est indiquée, surtout dans les cas où l'intelligence du malade est assez bien conservée. Le traitement symptomatique n'est pas toujours couronné de succès. Dans ces cas, les accidents ont cédé à l'administration du pyramidon.

Dr F. Devay.

ASILES D'ALIÉNÉS.

VI. De l'emploi de la mousse pour les lits des aliénés.

Tous ceux qui ont eu à soigner des aliénés épuisés et gâteux savent quelles difficultés parfois insurmontables on éprouve à tenir les malades proprement et à éviter ainsi la formation d'escharres qui, le plus souvent, aggravent considérablement l'état des malades. On avait donc, de tous côtés, cherché un moyen préservateur, et on eut l'idée de recourir à l'ouate végétale. Cependant elle présente deux inconvénients assez sérieux ; elle donne beaucoup de poussière, son prix est très élevé ; mais ce qui est plus grave, c'est qu'elle forme bientôt des amas qui exercent une pression sur ta peau des malades.

Il y a une dizaine d'années Hertz, de Bonn, proposa de coucher les malades sur de la mousse. Le conseil de Hertz fut suivi à l'asile d'aliénés de Francfort-sur-Mein et Sander communique maintenant dans le *Zeitschrift f. Krankenpflege* les résultats obtenus dans cet hospice pour une période de sept ans. C'est à ce travail fort intéressant que nous puisons les détails qui vont suivre.

Pour que la mousse satisfasse à tous les *desiderata*, elle doit être composée de fibres très longues et ne contenir aucune matière étrangère. Il faut exclure absolument la mousse à fibres courtes car elle donne beaucoup de poussière.

La mousse, une fois desséchée et libérée des herbes étrangères qu'elle peut contenir, est mise dans des sacs qu'il faut conserver dans un lieu frais mais point humide. Si la mousse se dessèche trop, commo cela peut arriver dans la saison chaude, on fera bien de l'humecter quelque peu.

Le fond du lit sur lequel sera placé le malade doit être formé de planches étroitement appliquées les unes contre les antres. On recouvre les planches d'une alèze en caoutchouc sur laquelle on met la mousse. Cette alèze est absolument nécessaire car, au cas contraire, lorsque la mousse aura absorbé une grande quantité d'urine, celle-ci, sous la pression du corps, finira par passer à travers les jointures du fond du lit Pour remplir un lit, la moitié d'un sac de 50 livres suffit. On peut même, à la rigueur, diminuer cette quantité en plaçant aux pieds et à la tête des coussins remplis de paille et en les recouvrant d'une légère couche de mousse. Toutefois, on fera bien d'économiser le moins possible, car les

coussins de paille sont souvent souillés de matières fécales et d'urine, ce qui, en fin de compte, ne laisse pas d'être fort désagréable à cause de l'odeur fétide qu'ils dégagent; or, cette *fétidité n'existe pas lorsque le lit est rempli uniquement de mousse.*

Le lit préparé, on couche le malade en plaçant la tête sur un oreiller ordinaire; le choix de couverture n'a pas d'importance. Quant à la chemise, elle sera aussi courte que possible ; en transportant le malade, on prendra la précaution de retrousser le bord inférieur de la chemise en le couchant. Il vaudra encore mieux remplacer la chemise par une courte veste se nouant sur le dos, de telle sorte que les fesses se trouvent placées immédiatement sur la mousse.

Trois fois par jour, on enlève les couches salies de mousse et on les remplace par des couches propres. Pendant ce temps on met le malade sur un bassin, et s'il laisse échapper des excréments, on lui fait un lavage génital. Ce qu'il faut surtout faire remarquer, c'est que pendant toutes les manipulations nécessaires pour enlever les couches salies de mousse, aucune mauvaise odeur ne se répand. La quantité de mousse nécessaire pour l'usage quotidien ne passe pas 2 livres 1/4 de sorte que l'on a besoin par an pour chaque malade de 18 sacs de 50 livres, et comme chaque sac coûte en moyenne 25 francs, la dépense annuelle pour chaque lit est d'environ 450 francs. Mais on peut encore réduire cette dépense de 3/5 : il suffit pour cela de conserver la mousse mouillée par l'urine à l'air libre et ne détruire que celle qui a été souillée par les matières fécales. Lorsqu'on ramasse une quantité suffisante de mousse simplement mouillée par l'urine, on la lave dans des paniers d'osier ordinaires avec de grandes quantités d'eau froide ou encore mieux d'eau tiède, dont la température ne doit pas dépasser 40 degrés ; le lavage est prolongé jusqu'à ce que l'eau qui s'écoule en sorte tout à fait limpide et sans odeur. On n'a ensuite qu'à la sécher pour pouvoir s'en servir de nouveau : il faut ordinairement pour bien sécher la mousse lavée, quelques semaines. Toutefois, bien que cette mousse lavée garde presque toutes ses propriétés absorbantes, elle n'est plus aussi tendre que la mousse fraîche. En tout cas, elle ne peut pas servir indéfiniment, et au bout de 2 à 3 lavages elle ne peut plus être employée. Ajoutons encore que la mousse lavée ne devra être employée, précisément parce qu'elle est moins douce, que pour des malades qui sont moins prédisposés à la formation d'escharres ou bien pour ceux qu'on ne place sur les lits de mousse que pendant la nuit.

Les malades semblent se trouver très bien sur leur lit de mousse. Cependant cela ne va pas toujours sans quelques inconvénients plus ou moins sérieux. Ainsi on observe parfois la conjonctivite ; mais il s'agit de savoir si cettte conjonctivite ne résulte pas de ce fait que le malade s'était frotté les yeux avec des mains sales.

Quoi qu'il en soit, il faut bien insister sur ce fait, qu'avec des précautions rigoureusement prises ces accidents peuvent être presque évités.

Autre inconvénient, possible du moins : il peut se faire que le malade avale de la mousse et étouffe. Mais il est évident qu'une surveillance sérieuse suffira pour éviter un pareil accident; et si même il arrivait que le malade mangeât une certaine quantité de mousse, il n'en pourrait résulter aucun accident grave.

On peut encore faire une autre objection à l'emploi de la mousse; on peut dire, en effet, que celle sur laquelle étaient placés des tuberculeux, par exemple, pourrait transmettre la maladie. Cette objection est plutôt théorique; toutefois pour se mettre à l'abri de tout danger, même imaginaire, on fera bien de détruire la mousse suspecte. La cherté de la mousse n'est en somme qu'apparente; il suffit en effet de songer à ce que de pareils malades doivent coûter de blanchissage. (La *Médecine moderne*, 19 février.)

VII. Du rôle du médecin dans les hôpitaux d'aliénés; par Wise d'Odensburg. (*American Journal of Insanity*, juillet 95.)

L'auteur relève d'abord l'insuffisance actuelle du nombre des médecins d'asile qui ne devraient pas avoir plus de 100 malades chacun voire même 50 lorsque ce ne sont que des aiguës. Des sténographes doivent être adjoints au médecin qui ne saurait perdre son temps aux écritures. M. Wise s'oppose à l'adjonction de pathologistes de laboratoire indépendant, les médecins cliniciens voulant que le médecin traitant fasse lui-même les études nécroscopiques et les recherches de laboratoire complémentaires au courant desquelles il doit se tenir, s'il n'est plus débordé par son service réduit à 50 ou 100 lits.

Il montre ensuite l'importance d'un bon recrutement des auxiliaires sur lesquels doit s'appuyer le médecin, assistants, internes, infirmiers et infirmières; il fait ressortir à ce propos la nécessité d'écoles *pratiques* d'infirmiers bien organisées, et non purement théoriques. Pour lui les aménagements architecturaux sont primés par le bon recrutement du personnel médical et subalterne.

Il recommande l'aménagement d'une section d'admission et d'observation où le nombre des médecins soit plus grand et où il soit procédé à un examen physique et mental complet (analyses chimiques, examen du sang, etc., renseignements du médecin de la famille, etc.). Tous ces examens seront ensuite continués et pointés sous formes de diagrammes graphiques parallèles, l'observation devant être aussi laconique que possible, tout en étant complète. Il termine en recommandant le traitement moral rendu possible par la réduction du nombre des malades par médecin, telle qu'il la préconise. A. Marie.

VIII. DISCUSSION SUR LES FORMALITÉS PRÉALABLES A LA DÉCLARATION D'ALIÉNATION MENTALE DANS SES RAPPORTS AVEC LA PROFESSION MÉDICALE. (*British medical Journal*, 26 septembre 1896.)

Après avoir étudié les différents modes de placements prescrits par les lois anglaise et ecossaise, certificats médicaux simples ou doubles, intervention judiciaire, etc., la Société se rallie à un vœu du Dr Rayne concernant les placements volontaires précoces et la mise en observation médicale transitoire des cas de folie douteux avant la déclaration définitive de folie et d'internement. A. M.

IX. A PROPOS DE L'ORGANISATION MÉDICALE DES ASILES D'ALIÉNÉS; par le Dr CHARON.

Dans l'intérêt des aliénés, de la société, de la science et du corps médical des asiles d'aliénés il serait désirable que l'organisation actuelle soit modifiée dans le sens des propositions suivantes :

1° Que la réunion des fonctions administratives et médicales soit effectuée dans tous les établissements publics;

2° Que les asiles nouveaux soient établis pour 500 à 600 malades au plus, et soient divisés en deux parties absolument distinctes : l'hôpital pour tous les malades justiciables du traitement individuel, la colonie pour les déments congénitaux et acquis ;

3° Que dans lus asiles actuels il soit créé une colonie dans tous les cas où elle n'existe pas et que les services médicaux soient divisés de telle corte que chaque médecin en chef ne soit pas chargé de plus de 500 à 600 malades; les fonctions de directeur étant confiées, dans tous les cas, au médectn en chef de grade le plus ancien;

4° Que les médecins adjoints soient ramenés à l'état de stagiaires, mis à la disposition des médecins en chef-directeurs des grands asiles seulement, pour les seconder dans leurs fonctions médicales et administratives;

5° Que les secrétaires de direction soient élevés à la dignité de fonctionnaires responsables de toutes les parties secondaires du service administratif;

6° Qu'il soit institué un corps de médecins-assistants recrutés parmi les internes reçus docteurs, participant aux charges et bénéfices des caisses de retraite, distribués dans les asiles à raison de un médecin assistant pour chaque service médical et admis seuls à prendre part au concours de l'adjuvat :

7° Que dans les grands asiles il soit institué des conférences et cours pratiques avec sanctions et diplômes, pour assurer l'éducation professionnelle des infirmiers et infirmières et pourvoir au recrutement du corps secondaire dans tous les établissements d'aliénés. (*Annales médico-psychologiques*, déc. 97).

X. Assistance des aliénés. — Colonisation familiale des chroniques; par M. A. Vigouroux, médecin à la Colonie familiale de Dun-sur-Auron. (*Presse médicale*, 15 janvier 1898.)

Après un historique sommaire de l'assistance familiale des aliénés, l'auteur expose le fonctionnement de la colonie créée par le département de la Seine à Dun-sur-Auron (Cher), et organisée par M. le Dr Marie, en décembre 1892. Il fait ressortir les avantages pécuniaires de ce mode d'assistance, et insiste sur l'heureuse influence qu'il exerce d'ordinaire sur l'état mental des aliénés chroniques, seule catégorie de malades qui, jusqu'ici, ait été appelée à en bénéficier; il constate que l'entière réussite de l'essai tenté à Dun-sur-Auron, a eu pour conséquence l'extension de ce système en France et à l'étranger. Suivant lui, les aliénés chroniques ne sont pas les seuls susceptibles de bénéficier de la colonisation familiale; celle-ci pourrait sans doute être appliquée avec avantage aux cas d'aliénation mentale où le changement de milieu est salutaire et l'isolement funeste ; elle pourrait aussi être très utile à certains aliénés indigents, convalescents de leur affection psychique, pour qui le retour hâtif dans la famille, où les attendent les difficultés de l'existence augmentées par la gêne qu'a produite leur absence, est une cause de rechute ; il constituerait pour ces malades une transition heureuse entre l'internement dans l'asile fermé et la sortie. A. Fenayrou.

XI. L'assistance et le classement des aliénés dans d'autres pays ; par le Dr Peeters. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, décembre 1897.)

Ce travail contient un certain nombre de renseignements sur le traitement familial des aliénés dans divers pays, notamment en Allemagne, en France, en Russie et en Amérique. L'auteur signale les mauvais résultats de ce traitement appliqué en Allemagne aux alcooliques; ceux-ci ont méconnu l'autorité du médecin et des nourriciers; ils ont eu des démêlés avec la police et avec les pouvoirs publics, ont causé du scandale, etc. Un grand nombre d'entre eux ont dû être réinternés à l'établissement de Herzberge, près de Berlin, où ils étaient primitivement soignés. Au même établissement le patronage familial a paru moins convenir aux imbéciles qu'aux idiots. Les premiers ont manifesté une instabilité de caractère, un penchant aux actes délictueux, au vagabondage qui ont souvent rendu nécessaire la réintégration à l'asile.

En Amérique, dans l'état de Massachusetz, on s'est également trompé sur le choix des malades à confier aux nourriciers. On a cru que le traitement familial convenait surtout aux aliénés en voie de guérison ; on a ainsi méconnu le véritable but du système, celui-ci

convenant surtout aux nombreux aliénés incurables, inoffensifs qui ne réclament pas les soins que l'on ne trouve que dans les établissements spéciaux.

L'administration des établissements de bienfaisance et des asiles d'aliénés (Board of charity and Lunacy) s'est également trompée dans le choix des familles auxquelles les aliénés doivent être confiés ; elle donne la préférence aux ménages où il n'y a pas de petits enfants. En Belgique et en Ecosse, la présence des enfants dans la maison du nourricier n'a jamais été regardée comme un inconvénient ; au contraire. Malgré ces défectuosités on ne saurait nier que le patronage familial a pris une assez grande extension dans ces dix dernières années et que les différents essais qui ont été faits ont été assez satisfaisants pour qu'on puisse espérer le voir bientôt se généraliser. G. D.

VARIA.

Les aliénés en liberté.

Un drame terrible, dit le *Petit Parisien* du 15 avril, s'est déroulé hier soir dans le quartier des Batignolles. Dans un accès de folie une cuisinière nommée Radegonde Perdriau, née Stevenet, âgée de vingt-cinq ans, s'est asphyxiée avec ses deux enfants. Cette malheureuse donnait depuis quelque temps des signes évidents de dérangement d'esprit ; elle était atteinte du délire de la persécution ; elle se figurait que toutes les personnes de son entourage cherchaient à lui nuire et en voulaient aussi bien à son existence personnelle qu'à celle de ses enfants. Il y a une quinzaine de jours, son état s'était aggravé et des démarches qui devaient aboutir très prochainement avaient été faites pour obtenir son admission dans une maison de santé. La cuisinière adorait ses enfants (trois ans et six mois). En rentrant de son travail, M. Perdriau, fut surpris de trouver la porte fermée. Inquiet, il s'enquit auprès des voisins et, pressentant un malheur, il alla chercher un serrurier. Lorsque la porte fut ouverte, les personnes présentes entrèrent dans la chambre à coucher de la cuisinière et elles poussèrent aussitôt un cri de frayeur en apercevant, étendus sur le lit, les corps inertes de Mme Radegonde Perdriau et de ses enfants. Au milieu de la pièce se trouvait un réchaud ayant contenu du charbon de bois. Nul soin ne put ranimer la mère et les enfants.

Ce fait démontre une fois de plus la nécessité de l'internement aussitôt que la folie est bien constatée. Quelle était la nature des démarches faites dans ce but ? Le journal ne le dit pas. Mais souvent les commissaires de police font des difficultés, tant qu'il n'y a pas eu scandale, plaintes des voisins, délit ou crime. En pareil cas, on ne saurait trop se hâter et bien se rendre compte qu'il s'agit d'un placement dans un hôpital et non d'un emprisonnement.

— *Le crime d'un fou.* — Une tentative d'assassinat a été commise dans l'arrondissement de Tonnerre, à Sennevoy-le-Bas. Vers six heures du soir, un propriétaire de cette localité, M. Bourgoin-Hérard, rentrait chez lui quand, au beau milieu de la rue, il fut assailli par un autre propriétaire, nommé Arsène Thierry, qui presque à bout portant lui tira cinq coups de révolver.

Un seul des projectiles atteignit M. Bourgoin-Hérard ; mais, fort heureusement, il ne lui fit, dans le dos, qu'une contusion n'offrant aucun caractère de gravité. On suppose généralement que Thi... a agi *dans un accès de folie*, car *depuis quelque temps il donnait des signes de dérangement cérébral.* (*Le Républicain Orléanais*, 15 avril.)

— A Tourbe-Petit, village près de Pézénas, une dame Madeleine Goudal avait déjeuné tranquillement avec son mari et sa petite fille âgée de trois ans. Quand son mari fut parti pour les champs, la mère saisi un Lefaucheux, le chargea de deux cartouches et tira à bout portant sur sa fille, qui tomba la tête fracassée. Elle essaya ensuite de se tuer, mais la balle lui effleura seulement l'épaule, en brûlant ses vêtements. Au bruit des détonations, les voisins accoururent. Madeleine Goudal leur dit qu'elle avait voulu éviter à son enfant les misères de la vie. Son mari a dit qu'elle avait la *monomanie du suicide* et avait été déjà enfermée dans un asile. (Journaux politiques d'avril.)

— M. Boutineau, commissaire de police de Levallois-Perret, a fait diriger hier, sur l'infirmerie spéciale du Dépôt, un industriel, M. Pierre France, âgé de quarante-sept ans qui, *à diverses reprises* avait tenté de tuer sa femme et son enfant. Ses menaces se faisant de plus en plus fréquentes, il devenait un véritable danger pour tous ceux qui l'entouraient (avril).

Sous ce titre, *Un fou à la gare de Lyon*, le *Radical* du 28 avril 1898, publie le fait suivant :

« Hier matin, les employés de la gare de Lyon signalaient, à l'arrivée du train de neuf heures, à M. Mathis, commissaire adjoint, un voyageur qui n'avait pas de billet. M. Mathis l'interrogea. Le voya-

geur lui répondit qu'il était appelé à la préfecture de la Seine. Le commissaire lui demanda à voir son ordre d'appel. Tout à coup cet homme se jeta sur lui, le renversa et lui appliquant un genou sur la poitrine, lui saisit la gorge cherchant à l'étrangler. Aussitôt les employés se précipitèrent sur le forcené et eurent toutes les peines du monde à lui faire lâcher prise et à s'en rendre maîtres.

« C'est un nommé Désiré Grelot, âgé de quarante ans, demeurant à Melun, *sorti la veille de l'asile d'aliénés* de cette ville et qui, après avoir erré toute l'après-midi et la nuit dans les rues, avait pris le train pour Paris. Il a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du dépôt.

— Dans notre numéro précédent, dit l'*Indépendant de la banlieue* du 3 mai, nous avons relaté la disparition du sieur Derminot, atteint *depuis quelque temps* de troubles cérébraux. — Or, samedi 30 avril le cadavre du malheureux a été trouvé dans la Bièvre, près du moulin de l'Hay. — Tout porte à croire que le pauvre aliéné a mis fin à ses jours par le suicide.

— L'*Aurore* du 6 mai publie le fait suivant sous ce titre : *Tué à coups de canif*, Béthume, 5 mai. — Ce soir, à Drouvin, une femme *qui avait déjà été internée* pendant deux ans dans un asile d'aliénés et qui était prise depuis plusieurs jours d'un nouvel accès, a tué son mari à coups de canif.

— On annonce la mort, à Bergerac, d'un officier d'état-major distingué, le lieutenant-colonel Lancelin. Comme commandant de place, le lieutenant-colonel du 108e visitait tous les jours l'hôpital militaire. Le 5 novembre 1896, cet officier reçut à bout portant trois coups de revolver tirés par *un fou* qui avait pu dissimuler cette arme pendant plus d'un mois. Le fou se fit du reste sauter la cervelle après avoir atteint le commandant de place. Le lieutenant-colonel Lancelin ne s'était jamais rétabli de ses blessures. (Le *Radical*, 12 mai 1898).

— Pourquoi *ce fou* était-il à l'hôpital, et non à l'*asile ?*

NÉCESSITÉ DE L'ASSISTANCE DES IDIOTS.

Un idiot, nommé Dieulot, âgé de vingt-sept ans, au cours d'une discussion avec son père, à Sauchy-Gauchy (Pas-de-Calais), frappa ce dernier de six coups de couteau. Dieulot père est mort peu après. Ce fait rapporté par le *Journal* du 3 mai, montre une fois de plus les dangers de la liberté — sans le contrôle de l'asile — pour les idiots et la nécessité de leur hospitalisation.

Une jeune ouvrière, nommée Blanche R..., âgée de quinze ans, cartonnière, demeurant chez ses parents, impasse du Progrès, était depuis longtemps en butte aux plaisanteries de ses camarades

d'atelier. On abusait de sa naïveté pour la charger de certaines commissions inutiles et l'on se moquait d'elle à son retour. Humiliée par les railleries dont elle était l'objet, la jeune fille résolut d'en finir avec la vie. Hier soir, à 9 h. 1/2, elle quitta ses parents, sous le prétexte de faire une course urgente pour sa patronne. Arrivée sur le pont du faubourg du Temple, elle emjamba le parapet et se jeta dans le canal Saint-Martin.

« Elle allait disparaître, lorsque deux mariniers, MM. Merlin et Feisthame, l'aperçurent et parvinrent à la retirer. Après avoir reçu des soins au poste de secours, Mlle Blanche R... a été, sur l'ordre de M. Daltroff, commissaire de police, reconduite au domicile de ses parents. » (Le *Petit Parisien* du 3 mai.) — D'où la nécessité d'établissements spéciaux pour ces malheureux, asiles-écoles, travail manuel, demi-liberté, surveillance et patronage.

Les superstitions dans Tarn-et-Garonne

Dans la première partie de son travail, le chanoine Henry Calhiat, de la Société archéologique de Tarn-et-Garonne, raconte les prouesses d'un rusé compère de son pays qui avec un talent merveilleux fit fortune grâce à la sorcellerie.

Dans la seconde, l'auteur fait connaître le rôle bien connu des nécromanciens que joue encore le « cœur de bœuf dardé de pointes et cuit à sec dans une marmite ». Quand le cœur éclatait, on était guéri ou sauvé.

Dans la troisième partie, M. Calhiat esquisse la physionomie de plusieurs sorcières qui passaient pour avoir des remèdes contre les maladies, les sortilèges et les maléfices. Consultées par les paysans, elles ordonnaient tour à tour à leurs clients des pains bénits, des messes et même des communions. Quelques-unes n'exigeaient rien pour leurs honoraires, mais, comme toujours et partout, recevaient volontiers des cadeaux; d'autres avaient leur tarif qu'il fallait respecter scrupuleusement.

Enfin, dans la quatrième partie, l'auteur, à propos d'apparitions macabres, de maisons hantées et de chambres infestées, raconte un fait qui montre une fois de plus que les esprits lutins qui prenaient plaisir dans les manoirs d'autrefois, à tourmenter le sommeil des habitants ou des visiteurs, ou à effrayer le voisinage, n'étaient le plus souvent que des chats ou des rats, des singes ou des chiens parfaitement innocents, ou bien encore simplement des farceurs. (*Le Temps*, du 17 avril).

La Sorcellerie au XIXe siècle.

Sous ce titre : *Une maison hantée*, l'*Indicateur de Cognac* du 31 mars raconte les faits suivants :

« Des scènes étranges, incroyables, relevant de la sorcellerie et de

la magie, dit l'*Indépendant de l'Auxois*, se passent à Laroche, dans la maison habitée par un sieur Garrié. Dimanche soir, première manifestation des « esprits frappeurs ». La lampe s'éteint, l'horloge s'arrête et tombe à terre. Garrié rallume la lampe, ramasse l'horloge et la pose sur la table; mais celle-ci retombe d'elle-même. Effrayé, notre homme appelle les voisins à son secours. Ceux-ci constatent que les tables, les chaises et les meubles oscillent ; un tableau représentant saint Joseph se décroche et atteint Garrié au visage ; la vaisselle se brise ; un marteau placé dans un tiroir est précipité dans la rue en cassant un carreau.

« Ces phénomènes, qui ne durèrent pas moins de trois heures, reprirent le lendemain avec une nouvelle intensité et en présence d'un grand nombre de témoins dont la bonne foi ne peut être suspectée. Au moment du repas, les plats et assiettes furent jetés à terre; un bol contenant des cornichons se retourna. Garrié, voulant prendre un litre d'eau-de-vie placé sur la cheminée, monta sur un escabeau en laissant ses sabots sur le sol; au moment où il allait prendre le litre, un des sabots vint se placer sur la cheminée. Le dessérvant de la commune, quelque peu incrédule, vint rendre visite à Garrié. A un moment donné, une grande table se retourna d'elle-même en sa présence.

« Lundi, au moment du déjeuner, tout le couvert a été jeté à terre. Mardi, un buffet, après avoir dansé un moment, est tombé. La grande table, qui avait culbuté, s'est tout à coup dressée debout et elle est retombée sur le poêle qui a été brisé. A chaque instant, les chaises sont culbutées. Pour en finir, on a été obligé de passer tout le mobilier dehors, excepté une armoire privilégiée, qui n'a pas encore été atteinte. Tels sont les faits extraordinaires qui défrayent actuellement les conversations des habitants de Laroche et des communes voisines. » ! ??

Histoires d'ivrognes.

Il serait temps que la Société protectrice des animaux s'entendît avec la Ligue antialcoolique pour aviser aux moyens de « protéger » les animaux contre eux-mêmes et d'enrayer en eux un penchant à l'ivrognerie qui, si l'on n'y mettait ordre, finirait par leur jouer les plus vilains tours. Car non seulement ce penchant leur est naturel, mais le contact des hommes et la civilisation le développent à un degré sans cesse plus haut, et l'on peut prévoir le moment où, depuis le poisson jusqu'au singe, toutes les espèces animales se trouveront amenées à l'état de dégénérescence dont seule l'espèce humaine nous offre, jusqu'à présent, le spectacle. Telle est du moins la conclusion qui ressort d'une très intéressante étude de M. Walsh, publiée dans la dernière livraison du *Lippincott's Magazine*. Jamais encore, je crois, les progrès de l'ivrognerie chez les

animaux n'ont été plus clairement ni plus vigoureusement indiqués.

« La plupart des animaux supérieurs, nous dit M. Walsh, singes, éléphants, ours, chevaux, chiens, ont une passion instinctive pour les liqueurs fermentées et souffrent, tout comme nous, de l'abus de ces liqueurs. Déjà le *Livre des Macchabées* nous apprend que, dans l'antiquité, on enivrait de vin nouveau les éléphants de guerre; et c'est un usage qui s'est toujours conservé depuis lors, à cela près que le rhum a remplacé le vin. Tous les directeurs de ménageries et gardiens de jardins zoologiques savent, d'ailleurs que, les éléphanls confiés à leurs soins guettent toujours les occasions de se griser ; il y en a qui feignent d'être malades pour obtenir une ration de whisky. Les ours et les singes absorbent de la bière comme des étudiants allemands et sont prêts à tout faire pour avoir de l'eau-de-vie. C'est ce que savent certaines peuplades de l'Afrique ; et c'est de quoi elles profitent pour capturer ces malheureuses bêtes. Elles placent, par exemple, à l'entrée d'un bois, un tonnelet de bière : les singes accourent, boivent, s'enivrent et tombent dans un état d'égarement où ils deviennent incapables de distinguer un nègre d'un singe. Quand un nègre prend la main de l'un d'entre eux pour le conduire au village, un second singe prend la main du premier, un troisième la main du second, et ainsi de suite ; souvent un seul nègre parvient à capturer de cette façon toute une troupe de singes en goguette. Et nous devons ajouter que ces bons nègres ne manquent jamais d'administrer à leurs prisonniers de nouvelles rations de bière, en quantité toujours décroissante, de façon à leur rendre à peu près insensible le passage de l'état libre à l'état de captivité. »

Mais la partie la plus curieuse de l'étude de M. Walsh est celle où il nous décrit les progrès les plus récents de l'alcoolisme chez les animaux. Il nous apprend, par exemple, qu'un grand nombre de chevaux, à New-York, s'adonnent à l'ivrognerie. Les chevaux des brasseurs, en particulier, sont presque tous de véritables alcooliques. Nourris de malt, ils se passionnent pour la bière, forcent leurs maîtres à leur en donner, engraissent d'un embonpoint maladif, et finissent par succomber à des accès de *delirium tremens.* M. Walsh cite le cas d'un de ces chevaux qui ne manque jamais de passer devant un cabaret sans s'y arrêter, de gré ou de force. D'autres ont l'ivresse si comique, qu'ils sont devenus pour les badauds une source de récréation, et qu'on se cotise, dans les cabarets, pour leur offrir la goutte et les mettre en ribote.

Les perroquets sont également en train de dégénérer, sous l'influence de l'alcoolisme. Ceux-là ont, paraît-il, le vin extrêmement spirituel et jovial, de sorte qu'on prend de plus en plus l'habitude de les enivrer. Les domestiques, d'ailleurs se chargent de ce soin, à défaut des maîtres. Et l'on s'amuse ensuite des inventions de ces

pauvres bêtes, dont quelques-unes, en effet, sont des plus amusantes.

C'est ainsi qu'un perroquet de Norfolk, en Virginie, s'étant grisé de champagne, s'était un jour livré à mille inconvenances dans le salon de la dame à qui il appartient. « Monsieur, lui dit enfin cette dame, vous êtes ivre ; vous feriez mieux d'aller vous coucher ! » Après quoi elle le fit porter dans un coin du salon, où il ne tarda pas à s'endormir. Mais voici que, un peu plus tard, un vieil ami de la dame vint lui faire visite. La dame étant sortie, on le fit entrer dans le salon, en le priant d'attendre. Et voici qu'une voix, sortant il ne savait d'où, lui dit avec un accent marqué de sévérité : « Monsieur, vous êtes ivre, vous feriez mieux d'aller vous coucher ! » Interdit, le visiteur se leva, empoigna son chapeau et s'enfuit du salon. Et c'est le lendemain matin seulement que la dame reçut une lettre de lui, où il avouait qu'en effet il avait bu, à son dîner, un coup de trop, et s'excusait d'avoir fait sa visite en un tel état, dont il avait espéré, disait-il, qu'on ne s'apercevrait pas aussi facilement.

Des traits d'ivrognerie chez les corbeaux, les hiboux et, comme on pense, les chiens et les chats : tout cela se trouve scrupuleusement rapporté dans l'étude de M. Walsh. Mais qu'il nous suffise de signaler, aujourd'hui, la conclusion de cette étude, et d'appeler sur le progrès de l'alcoolisme chez les animaux l'attention des moralistes, hygiénistes et autres sociologues. Il y a là un symptôme grave, et d'autant plus intéressant que le mal qu'il dénote pourrait peut-être encore être entravé dans sa marche. Mais il est en marche, cela est hors de doute. L'alcoolisme est en train de s'étendre à la nature entière. Et M. Walsh nous raconte même l'histoire d'un poisson nommé Old Tom, qui, dans une petite ville de Pensylvanie, s'est tué spontanément l'année dernière, en se jetant contre une pierre, durant une crise de *delirium tremens*. Un poisson ivrogne ! Voilà bien l'un des fruits les plus étonnants de la civilisation ! (*Le Temps*, juin.)

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et mutations* : M. Grubier, rédacteur au ministère de l'intérieur, est nommé directeur de l'asile de Mont-de-Vergnes (25 mars) ; — M. Jalabert, directeur de l'asile de Clermont (Oise), est mis en disponibilité (31 mars) ; — M. Raoul, inspecteur des enfants assistés de la Seine, est nommé directeur

de l'asile de Mont-de-Vergnes, en permutation avec M. Gruhier, nommé directeur de l'asile de Clermont (4 mai); — M. le Dr Vernet, médecin en chef de l'asile de Maréville, est élevé à la 2e classe (5 mai). — Ce n'est pas en nommant directeur des personnes, qui peuvent être d'ailleurs très méritantes; mais qui n'ont aucune pratique des asiles et des aliénés que l'on assurera le recrutement des médecins des asiles et la bonne réputation des asiles. Ce sont là des habitudes un peu trop impériales.

Concours des médecins aliénistes des hôpitaux. —. L'épreuve écrite a eu lieu le 5 mai. Les candidats ont eu à traiter la question suivante : *Cellules nerveuses de l'écorce cérébrale, anatomie et physiologie.* — Les questions restées dans l'urne étaient : 1° Faisceau pyramidal, anatomie et physiologie; 2° Pie-mère cérébrale, anatomie et physiologie.

Les candidats étaient au nombre de quatre : MM. Boissier, Nageotte, Noir et Roubinowitch. Le concours s'est terminé le 7 juin par la nomination de M. le Dr Nageotte.

Concours pour l'Internat de la Maison Nationale de Charenton. — Le 22 mars, la jury, composé de MM. les Drs Drouineau, président, Christian, Ritti, Damalix et Fiquet, a procédé à l'ouverture des épreuves de ce concours. Neuf candidats étaient inscrits, six se sont présentés pour subir les épreuves. Les questions qui se trouvaient dans l'urne, pour l'oral, étaient au nombre de trois : 1° *Nerfs phrénétiques;* 2° *Cordon postérieur de la moelle;* 3° *Rétine* (*anatomie et physiologie*). — C'est la dernière question qui a été tirée. — Pour l'écrit, les questions étaient : 1° *Cirrhose du foie, symptômes et diagnostic; fracture du péroné;* 2° *Diphtérie, diagnostic et traitement*; *luxation de l'épaule*; 3° *Goitre exophtalmique*; *hémorroïdes.* C'est la deuxième question qui est sortie de l'urne. — Le concours vient de se terminer. MM. Monod, Paulet, Page et Buissard, ont été déclarés admissibles.

La folie d'un enfant. — Un garçonnet d'une dizaine d'années, Benjamin Doret, demeurant chez ses parents, rue Nationale, tombait, il y a quelque temps, du deuxième étage et se fracturait le crâne sur le pavé. Grâce aux soins qui lui furent prodigués, le pauvre petit ne mourut pas, mais demeura à demi fou, car une dépression du cerveau s'était produite. Or, avant-hier, la folie douce du petit malheureux se changea soudain en folie furieuse. Armé d'une paire de ciseaux de tapissier à lames très longues et très aiguës, il se jeta sur son frère aîné, âgé de treize ans, et tenta de lui crever les yeux.

Aux cris du pauvre enfant, les parents accoururent, et, après avoir dégagé leur fils aîné des étreintes du petit aliéné, enfermè-

rent ce dernier dans une pièce voisine et conduisirent le blessé chez un pharmacien qui lui fit un premier pansement. Les blessures reçues n'étaient fort heureusement pas graves, mais quelle ne fut pas la surprise des époux Doret, lorsqu'en rentrant chez eux ils trouvèrent leur mobilier en flammes ! Pendant leur absence, le petit Benjamin avait mis le feu, à l'aide d'une chandelle, aux rideaux de son lit. Le commencement d'incendie fut promptement éteint. Les dégâts causés sont sans importance. L'incendiaire inconscient, conduit au commissariat du quartier de la Gare, a été envoyé, après une tentative d'interrogatoire, à l'infirmerie spéciale du Dépôt par les soins de M. Rocher, commissaire de police. (*Le Petit Parisien*, 19 mai 1898.)

UN ASSASSIN DE SEIZE ANS. — Une bonne femme, épicière au Hocquet, canton de Rozoy (Aisne), Mme veuve Leturque, âgée de cinquante-huit ans. était seule dans sa boutique, hier, lorsqu'un ouvrier briquetier, Camille Mary, âgé de seize ans, se précipita sur elle et la frappa à coups de couteau à la tête ; Mme Leturque, grièvement blessée, tomba sans connaissance. Le jeune bandit fit main basse sur l'argent contenu dans le tiroir-caisse et prit la fuite Mme veuve Leturque est morte dans la soirée des suites de ses blessures. Son meurtrier a été arrêté par la gendarmerie de Montcornet, à 10 kilomètres de l'endroit où il avait commis son attentat. Il a fait des aveux complets. (*Le Temps* du 1er mai.)

SUICIDE D'UN ENFANT. — A la suite de reproches que lui adressait sa mère, le jeune Eugène Pierre, âgé de onze ans, demeurant à Saint-Gatien, s'est pendu à l'aide de guides qu'il avait passées à la poutre d'un hangar. Il n'y avait que quelques minutes que Mme Pierre avait admonesté le petit Eugène, lorsque son autre enfant vint la prévenir qu'il avait découvert le cadavre de son frère. Malgré tous les soins, le jeune désespéré n'a pu être rappelé à la vie. (*Républicain Orléanais*, 3 mai.)

SUICIDE D'UN ENFANT DE NEUF ANS. — Le jeune Pemel, âgé de neuf ans, dont les parents demeurent rue Maître-Albert, était l'objet d'une réprimande sévère de la part de sa mère. Aussitôt le galopin se rendit au quai Montebello et se jeta à l'eau. Par bonheur, des mariniers avaient assisté au suicide du garnement, qu'ils réussirent à secourir à temps. (*Soleil*, du 10 juin.)

LA STIGMATISÉE D'INZINZAC. — Sous ce titre le *Petit Journal* du 28 mai publie la dépêche suivante, provenant de Lorient :

« Hier ont eu lieu, au cimetière d'Inzinzac, les obsèques d'une jeune paysanne de vingt-deux ans, Marie Hellegouach, célèbre dans la région par les stigmates de la Passion qu'elle portait aux

mains, aux pieds et au côté. Elle était connue sous le nom de la stigmatisée d'Inzinzac. De nombreuses sommités médicales de Paris, Bordeaux et autres villes ont été appelées à constater ce phénomène extraordinaire sans qu'aucune explication scientifique suffisante ait été fournie. »

Nous serions très heureux si quelqu'un de nos lecteurs pouvait nous renseigner sur ce cas, qui nous parait intéressant.

Monument Duchenne (de Boulogne). — Nous rappelons que les cotisations pour l'œuvre du monument Duchenne, à élever à Boulogne, doivent être adressées ou à M. le Dr Guerlain fils, trésorier du Comité, rue Nationale, à Boulogne-sur-Mer, ou à M. le Dr Aigre, maire de Boulogne-sur-Mer.

Evasion d'un aliéné. — D'après le *Soleil* du 11 juin, un pensionnaire en traitement à l'asile de Ville-Evrard, M. François Lemeunier, s'étant évadé, un gardien se mit à sa poursuite. Pour échapper aux recherches, le pauvre fou se mit à courir à travers champs, puis, se voyant sur le point d'être atteint, se précipita dans le canal de Vaires où il se noya.

Erratum. — Dans le mémoire de MM. Vallon et Marie, la note 4 de la page 370, doit être modifiée ainsi : Féré (Ch.), *Sensations et Mouvements* (au lieu de Binet et Féré).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Dallemagne. — *Physiologie de la volonté.* — Volume in-18 de 202 pages. — Prix, broché : 2 fr. 50 ; cartonné : 3 francs. — Paris, 1898. — Librairie Masson et Cie.

Donath (J.). — *Der Werth der Resection des Halssympathicus bei genuiner Epilepsie, nebst einigen Beobachtungen und physiologischen Versuchen über Sympathicustælsmung.* — Brochure in-8° de 12 pages. — Budapest, 1898. — Chez l'auteur.

Dubuisson. — *Notice sur l'asile de Braqueville* (Toulouse). — Brochure in-4° de 36 pages, avec 2 plans hors texte. — Toulouse, 1897. — Imprimerie Haille.

Gattel (F.). — *Ueber die sexuellen Ursachen der Neurasthenie und Angstneurose.* — Brochure in-4° de 68 pages. — Berlin, 1898. — Verlag A. Hirschwald.

Gilles de la Tourette. — *Les états neurasthéniques.* — Volume in-16 carré, cartonné, de 92 pages. — Prix : 1 fr. 50. Paris, J.-B. Baillière.

GOLDSCHEIDER (A.). — *Die Bedintung der reize für Pathologie und Therapie im Lichte der Neuronlehre.* — Brochure in-8° de 88 pages. — Prix : 3 francs. — Leipzig, 1898. — Verlag von J.-A. Barth.

HIRSCHLER et RISACHER. — *Nos docteurs* (Répertoire Photo-Biographique du Corps médical), 3e année. — Volume in-16 carré de 200 pages, avec 200 portraits. — Prix : 3 francs. — Paris, 1898, chez Risacher, 167, rue Montmartre.

SAJOUS. — *Annual and Analytical Cyclopædia of Practical Medicine.* T. I : *Abdominal Injuries to Bright's Disease.* — Volume in-4°, relié, de x-601 pages, avec nombreuses figures et planches hors texte. — New-York, 1898. — Davis Cy publishers.

SOURY (J.). — *Diogène d'Appolonie.* — Brochure in-8° de 30 pages. — Paris, 1898. — *Revue scientifique.*

SULLIVAN (W.-C.). — *Alcoolism and suicidal impulses.* — Brochure in-8° de 13 pages. — London, 1898. — Printed by Adlard and Son.

TALBOT (E.-S). — *A Study of the Stigmata of Degeneracy Among the American Criminal Youth.*— Brochure in-18 de 16 pages.— Chicago, 1898. — *American Médical Association Press.*

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du* 1er *JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Juillet**. *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Étranger.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE I.

Hydrocéphalie.

Face externe de l'hémisphère gauche.

(Voir page 288.)

PLANCHE II.

Hydrocéphalie.

Face interne de l'hémisphère gauche.

PLANCHE I I.

Hydrocéphalie.

Face interne de l'hémisphère droit.





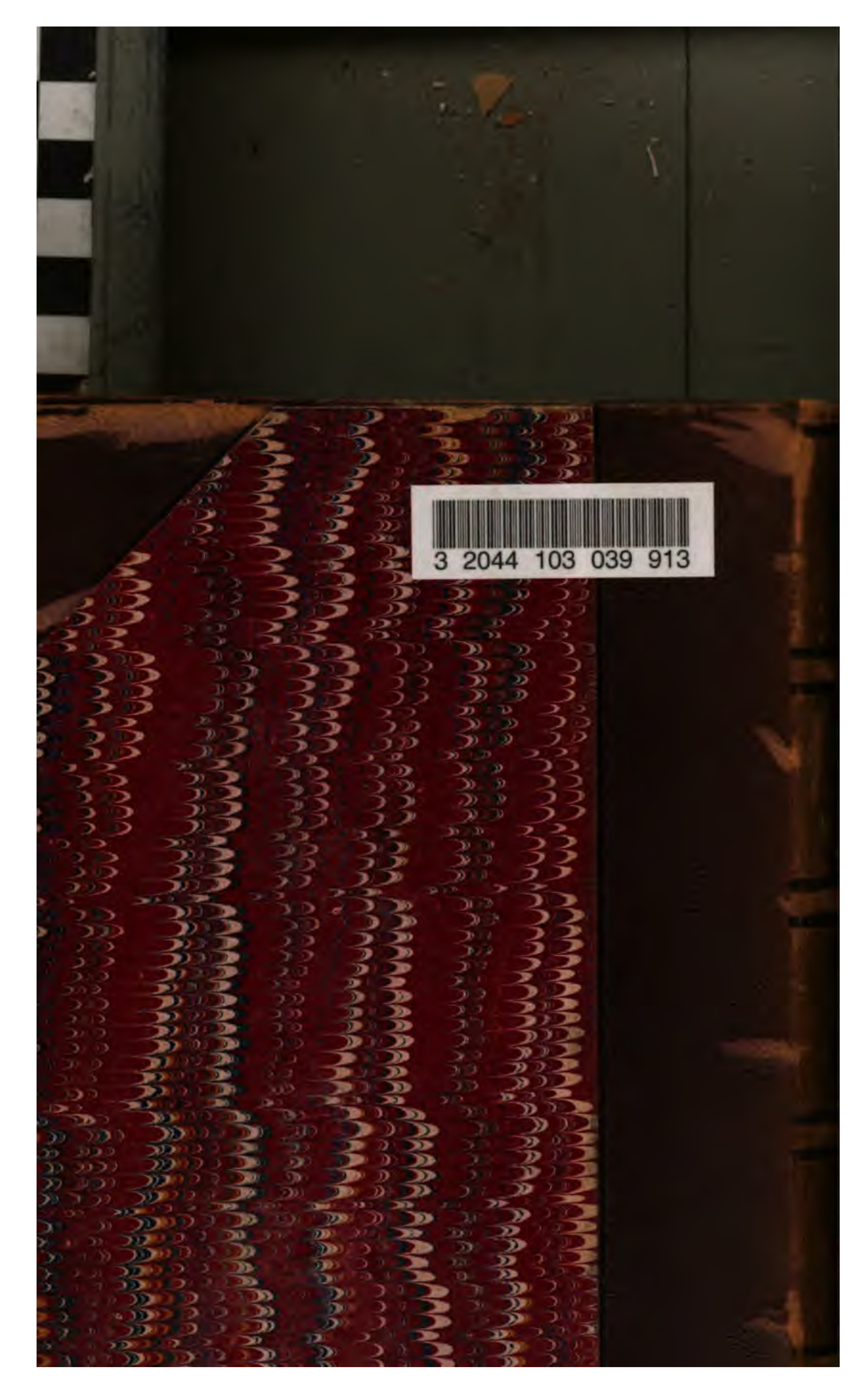


TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Evreux, Ch Hérissey, imp. — 698.




3 2044 103 039 913